نموذج ترخيص

أنا الطالب : محمد نواز حامد البدارنه أمنح الجامعة الأردنية و/ أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و / أو استعمال و / أو استغلال و / أو ترجمة و / أو تصوير و / أو إعادة إنتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و / أو إلكترونية أو غير ذلك رسالة الماجستير / الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها.

مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (DSM V) على الطلبة الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن.

وذلك لغايات البحث العلمي و / أو التبادل مع المؤسسات التعليمية والجامعات و / أو لأي غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأمنح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميع أو بعض ما رخصته لها.

اسم الطالب: محمد نواز البدارنه

التوقيع:

التاريخ: ٢٤/٧/٢٠١٦

مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة (DSM V) على الطلبة الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن

إعداد

محمد فـــواز حامد البدارنه

المشرف

الأستاذ الدكتور جميل الصمادي

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في التربية الخاصة

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

تموز 2016

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة (مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة (DSM V) على الطلبة الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن) وأجيزت بتاريخ 18 /2016/7م.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور جميل محمود الصمادي، مشرفاً **أستاذ - التربية الخاصة**	....
الدكتور ابراهيم عبد الله الزريقات، عضواً **أستاذ – التربية الخاصة**	....
الدكتورة ميادة محمد الناطور، عضواً **أستاذ مشارك- التربية الخاصة**	....
الدكتور فؤاد عيد الجوالدة، عضواً **أستاذ مشارك – التربية الخاصة (جامعة عمان العربية)**	....

الإهــــــداء

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار... إلى من علمني العطاء دون انتظار إلى من احمل اسمه بكل افتخار ..أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثمارا قدحان قطافها بعد طول انتظار وستبقى كلماتك نجوم اهتدي بها اليوم والغد وإلى الأبد...

والدي الحبيب

إلى ينبوع الصبر والتفاؤل والأمل
إلى من بدعائها وفقت في حياتي
إلى كل من في الوجود بعد الله ورسوله ...أمي الغالية

إلى أخواني الدكتور عبدالله قرة عيني واحمد وحمزة والأخت العزيزة منى حفظهم الله.

إلى عمي الفاضل سامي البخيت وزوجته الفاضلة ميسر الصبيحات حفظهما الله لم يبخلا علي في الدعاء المستمر لي بالتوفيق. إلى......

زوجتي الغالية التي سهرت الليالي لكي تساعدني في هذا العمل المتواضع، والتي والله ما خلق الإله ولا برى بالنسبة لي زوجةً مثلها بين الورى.

إلى...... أولادي فلذات كبدي حازم وفواز حفظهم الله

إلى...... أصدقائي وزملائي كل في موقعة

وإلى كل من لهُ فضلٌ عليّ محبةً واحتراماً
إلى هؤلاء جميعاً أقّدم جهدي المتواضع متضرعاً أن يكون خالصاً لوجه الله تعالى

شكر وتقدير

" وقل ربي زدني علماً "

صدق الله العظيم

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وأصحابه أجمعين.

الحمد لله الذي أعانني على إتمام هذا الجهد المتواضع، يسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر ووافر الاحترام وعظيم الامتنان إلى الأستاذ الدكتور جميل الصمادي المشرف على رسالتي لما بذله من جهد وتوجيهات قيمة وسديدة، والذي رافق خطوات إنجاز الرسالة بكل صدق وإخلاص حتى اكتملت، فكل كلمة من كلماتها تدين له بالفضل والعرفان والجميل، فكان خير عون لي في بلورة أفكار الدراسة وإرساء دعائمها العلمية بصورتها النهائية، والذي كان له الفضل الكبير بعد الله في تطويرها وإخراجها إلى حيز الوجود، فقد علمني أمانة العلم، وسعة الصدر، وطيبة النفس والتواضع فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما يسعدني أن أتقدم بالشكر الجزيل والتقدير وعظيم الامتنان إلى الأساتذة أعضاء لجنه المناقشة الأستاذ الدكتور إبراهيم الزريقات و الدكتورة ميادة الناطور والدكتور فؤاد الجوالدة لتفضلهم بقبول مناقشة الرسالة وعلى ما أبدو من ملاحظات قيمة في الرسالة، والشكر موصول إلى أساتذتي في قسم الإرشاد والتربية الخاصة، على ما منحوني من علم ومعرفة أثناء دراستي.

ولا يفوتني ان أعرب عن شكري الوافرلكل من ساهم معي، ووقف بجانبي وتبادل معي الأفكار واخص بالذكر الدكتور عبداللطيف ابو رمان والدكتور عبدالله البدارنه والدكتورمحمد الحمران ويزن بيك العبادي وإدارة وكوادر مراكز التربية الخاصة في الاردن فجزاهم الله عني كل خير .

والشكر العظيم لوطني الحبيب، مملكتي السامية – المملكة الأردنية الهاشمية .

قائمة المحتويات

المحتوى	الصفحة
قرار لجنة المناقشة................................	ب
الإهـــداء	ج
الشكر والتقدير................................	د
قائمة المحتويات	هـ
قائمة الجداول	ح
قائمة الملاحق................................	ط
قائمة الأشكال...	ي
الملخص باللغة العربية	ك
الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها	
مقدمة	1
مشكلة الدراسة وأسئلتها	3
أهمية الدراسة................................	4
أهداف الدراسة................................	5
مصطلحات الدراسة	5
حدود الدراسة ومحدداتها	6
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
المحور الأول: الإطار النظري................................	7
اضطراب طيف التوحد	7

التطور التاريخي للأدلة التشخيصية والإحصائية للاضطرابات العقلية **(DSM V)** 10

خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد 12

أسباب اضطراب طيف التوحد 19

مؤشرات الإصابة باضطراب طيف التوحد 23

اضطراب طيف التوحد والطبعة الخامسة **(DSM V)** 24

تشخيص اضطراب طيف التوحد 27

المحور الثاني: الدراسات السابقة 36

تعقيب على الدراسات السابقة 43

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

أفراد عينة الدراسة 47

إجراءات تطوير الأداة 49

مقياس محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في (DSM V 49

إجراءات الدراسة 51

منهجية الدراسة 52

المعالجة الإحصائية 52

الفصل الرابع : نتائج الدراسة

النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول 53

النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني 54

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول 60

ثانياً : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني 63

التوصيات................................ 65

قائمة المراجع 66

المراجع باللغة العربية................................ 66

المراجع باللغة الانجليزية................................ 68

الملاحق 75

الملخص باللغة الانجليزية 93

قائمة الجداول

رقم الجدول	الجدول	رقم الصفحة
1	أهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة والمعايير التشخيصية الجديدة (DSM V).	24
2	المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي.	31
3	المحكات التشخيصية الخاصة بفئة اضطراب التواصل الاجتماعي كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي.	32
4	محكات التحديد الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي .	33
5	توزيع أفراد الدراسة حسب متغير المحافظة.	47
6	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمراكز تواجد الطلبة في محافظة عمان.	48
7	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمراكز تواجد الطلبة في محافظة اربد.	48
8	توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمراكز تواجد الطلبة في محافظة الكرك.	48
9	معامل الاتساق الداخلي كرو نباخ ألفا وثبات الإعادة للمحكات والدرجة الكلية.	50
10	التكرارات والنسب المئوية لدرجة انطباق محكات التشخيص اضطراب طيف التوحد.	53
11	التكرارات والنسب المئوية لانطباق فقرات تشخيص اضطراب طيف التوحد.	54
12	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد.	58

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
1	كتاب تسهيل المهمة الموجة إلى وزارة التنمية الاجتماعية.	76
2	ترجمة المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V).	77
3	قائمة بأسماء المحكمين لترجمة المقياس.	83
4	الصورة الأولية - لمقياس المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM V).	84
5	قائمة بأسماء المحكمين للمقياس.	87
6	الصورة النهائية لمقياس المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V).	88

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	الإجراءات الأساسية في تشخيص حالات اضطراب طيف التوحد	35

مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية . الطبعة الخامسة (DSM V)

على الطلبة الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن

إعداد

محمد فواز حامد البدارنه

المشرف

الأستاذ الدكتور جميل الصمادي

الملخص

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية–الطبعة الخامسة (DSM V) على الأطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن، تكونت عينة الدراسة من (300) طفل من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الملتحقين بمراكز ومؤسسات التربية الخاصة في الأردن.

ولتحقيق أهداف الدراسة، قام الباحث بتطبيق مقياس محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المكون من (30) فقرة، موزعة على مجالين: (قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي) و(أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية).

ولإجابة عن السؤال الأول أظهرت النتائج أن مدى تطابق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V) على الأطفال كانت متدنية بنسبة (36.3%)، بمجموع تكرارات (109) أطفال كان لديهم اضطراب طيف التوحد، وما نسبته (63.7%) لم ينطبق عليهم المحكان بمجموع (191) طفل، وبالنسبة للسؤال الثاني كان أكثر محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد شيوعا لدى الأطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن من خلال المتوسطات الحسابية والنسب المئوية هو المحك الأول : قصور دائم في التواصل و التفاعل الاجتماعي، بنسبة (65.7%) أما المحك الثاني، أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطيه، كانت نسبة تدني انتشاره (45%) . كما انتهت الدراسة بتوصيات ذات صلة بمشكلة الدراسة وأهمها إعادة عملية التشخيص للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للكشف عن الاضطرابات والمشكلات النمائية لديهم ، لوضعهم بالمكان المناسب لتقديم الخدمات والبرامج التربوية والعلاجية لهم .

الكلمات المفتاحية: محكات التشخيص، اضطراب طيف التوحد، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة (DSM V).

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

مقدمة:

شهد ميدان التربية الخاصة تطوراً ملحوظاً في النصف الثاني من القرن الماضي على المستويين العالمي والعربي، وذلك من خلال الوقوف على حاجات الأفراد ذوي الحاجات الخاصة وتحديد مشكلاتهم، ومحاولة علاجها، لذا بدأ الاهتمام بالكشف عنهم، والبحث في خصائصهم ووضع البرامج الخاصة بهم، ويأتي اضطراب طيف التوحد ضمن إحدى الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام والعناية بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة؛ وذلك لما يعانيه هؤلاء الأطفال من إعاقة نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المتعدد للطفل، وتؤدي إلى انسحابه وانقلابه على نفسه، فاضطراب طيف التوحد يعد من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل (أبو السعود، 2002).

ويعود تناول دراسة خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بطريقة علمية إلى عام 1943 عندما درس ليو كانرLeo Kaner مجموعة مكونة من أحد عشر طفلاً لهم خصائص متشابهة، ومتماثلة أطلق عليهم كانر التوحد الطفولي (Childhood Autistim) وقد لاحظ بأن هؤلاء الأطفال كانوا غير طبيعيين منذ الطفولة المبكرة، ويظهرون ردود فعل غير عادية للبيئة تتضمن حركات نمطية ومقاومة التغيير والإصرار على التشابه. إضافة إلى وجود خصائص غير طبيعية في التواصل مثل: عكس الضمائر، والترديد الكلامي أو ما يعرف بالصدى الصوتي (Echolalia)، وضعف في التفاعل الاجتماعي، وسلوكيات غير عادية ، وقد اقترح كانر وجود أسباب وراثية، إضافة إلى أساليب تنشئة خاطئة لهذا الاضطراب (Klin, 2006).

ويعد اضطراب طيف التوحد أحد الاضطرابات النمائية العصبية والتي تظهر لدى الاطفال منذ الولادة حتى عمر 8 سنوات ويتميز بالقصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي في عدة جوانب بما في ذلك القصور في جانب التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي والمهمين في التفاعل الاجتماعي، والقصور في فهم وتطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها، كما يتميز بوجود سلوكيات نمطية متكررة (American Psychiatric Association, 2013).

وأصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association APA)، في عام 1951 الدليل الإحصائي لتشخيص الاضطرابات العقلية الطبعة الثانية التي اعتبرت التوحد شكلاً من أشكال الفصام الطفولي، ومع ذلك فإن الاعتراف الرسمي بالتوحد كفئة تشخيصية لها خصائصها المميزة لم يتم إلا في عام 1977 عندما أصدرت منظمة الصحة العالمية

الطبعة التاسعة من الدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD)،أما الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-III) لعام 1980 فقد فرقت فيه بوضوح بين الفصام واضطراب التوحد ، وأكدت أن التوحد ليس حالة مبكرة من الفصام (الجلبي، 2005) ، كما قدمت هذه الطبعة مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Development Disorders (PDD) ،وقد صدرت الطبعة الرابعة (DSM- IV) في عام 1994 فوسعت من مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) لتشمل خمس فئات يطلق عليها أيضاً اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders ASD) ، وهي اضطراب التوحد ومتلازمة اسبر جر واضطراب ريت واضطراب الطفولة التفككي والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة اما الطبعة الرابعة المنقحة في نفس الدليل فلم تضف أية تغييرات أو تعديلات تذكر.

ويعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي أثارت جدلاً واسعاً في الأوساط العلمية والبحثية، وقد اعتبر هذا الاضطراب في السابق مظهراً من مظاهر الاضطرابات الانفعالية الشديدة، أما الآن فقد أصبح يندرج تحت مسمى الاضطرابات النمائية العصبية أو اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders ASD) التي ورد ذكرها في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013).

وقد برز الاهتمام باضطراب طيف التوحد وبشكل كبير بسبب ازدياد معدل انتشاره في الآونة الأخيرة وبشكل ملحوظ ؛ حيث بلغ معدل انتشار الاضطراب (160:1) طفل في عام 2013، بينما كانت (88:1) طفلاً لغاية عام (2012)، بالإضافة إلى أن نسبة حدوث الاضطراب تزيد لدى الذكور بمعدل أربع مرات عن الإناث. (WHO,2014)

ولا زالت الدراسات الحديثة تشير إلى ازدياد نسبة الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد، وذلك لتطور ادوات الكشف والتشخيص وانخفاض نسبة الخطأ في التشخيص لا سيما الحالات البسيطة والمتوسطة (الشامي، 2004، أ) ،وبناءاً عليه زاد الاهتمام بالمعايير التشخيصية للكشف عن هؤلاء الأطفال ، حيث تعد عملية القياس والتشخيص في التربية الخاصة ،عملية أساسية تستند إليها مجموعة من القرارات المصيرية في حياة الطفل المعرض للخطر وفي حياة أسرته، بدءاً من تشخيص الطالب ، وتحديد أهليته لخدمات التربية الخاصة، وتصميم البرنامج التربوي المناسب له، وتقييم مدى تقدم الطفل، وتقييم مدى فعالية البرنامج المقدم، ومن أبرز الاعتبارات الضرورية لإتمام هذه العملية بطريقة صحيحة هو وجود فريق متعدد التخصصات.

وبالرغم من الاهتمام الحاصل فيما يتعلق بالبحث في مجال اضطراب طيف التوحد، إلا أن هناك نقصاً واضحاً في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؛ اذ تدل الملاحظات الميدانية

إلى إن الأطفال الملتحقين بمراكز ومؤسسات التربية الخاصة في مجال التوحد لا يخضعون لإجراءات تشخيص دقيق اذ تعتمد كثير من هذه المراكز والمؤسسات الى تشخيص مركز الإعاقات التابع لوزارة الصحة التي تقوم بعمليه روتينيه يتم فيه التشخيص بسرعة وبدون الاستعانة بخبراء بدون بروتوكولات معروفه في الممارسات التشخيصية الدقيقة .وإذا كان من الممكن تجاوز هذه الإجراءات في بعض الإعاقات، الا إن التشخيص ودقته في حالة اضطراب طيف التوحد أساسي وضروري خاصة وإن هذا الاضطراب هو اضطراب معقد وتتداخل فيه عوامل متعددة، بالإضافة الى التباين الواضح بين الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد لوحدهم .

مشكلة الدراسة :

تعد عملية تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عملية ليست سهلة، فهي تنطوي على العديد من المشكلات التي تواجه الباحثين القائمين عليها، وما زال تشخيص اضطراب طيف التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال الطفولة؛ وذلك لتشابه مظاهره وعدم التجانس في قدرات المصابين به وخصائصهم، وكذلك تأثير جوانب النمو الاجتماعية والتواصلية، وعدم وجود أي دلالات بيولوجية مؤكدة لتشخيص اضطراب طيف التوحد، فلا يوجد اختبار طبي لتشخيص اضطراب طيف التوحد، ويعود ذلك إلى اختلاف خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن بعضهم البعض وتشابهها في أحيان كثيرة، وقد تتحسن أعراضه مع مرور الوقت.

ويعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي ما زال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها؛ اذ إن التشخيص الدقيق للأطفال المصابين به من الأساسيات الواجب القيام بها لتقديم خدمات علاجيه وتربويه . وحيث أن صدور الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V) قد اشتمل على العديد من الاختلافات والفروق في عملية التشخيص مقارنه بالطبعات السابقة، وهذا يستلزم المعرفة الدقيقة من المختصين بالمعايير التشخيصية الجديدة في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية، لوجود أطفال من ذوي اضطرابات طيف التوحد مختلفين في سلوكياتهم ،وتنوع عملية التشخيص وإطلاق المسميات المختلفة من توحد بسيط أو توحد شديد أو شبه شديد، وحيث إن الممارسات الميدانية والمشاهدات تدل على قصور ومشكلات في عملية وإجراءات التشخيص، من هنا جاءت هذه الدراسة للتعرف على مدى دقة مثل هذه الإجراءات اعتماداً على المحكات والمعايير التشخيصية الحديثة .

وبالتحديد فإن هذه الدراسة أجابت عن الأسئلة الآتية :

1. ما مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية –الطبعة الخامسة (DSM V) على الأطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن؟
2. ما أكثر خصائص اضطراب التوحد شيوعاً لدى الاطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن؟

أهمية الدراسة :

تأتي أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله، ونظراً لما لتحديد خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من أهمية كبيرة في عملية الكشف عن اضطراب طيف التوحد، وذلك لعدم وجود فحوصات حيث يمكن من خلالها الحكم أن الطفل بأنه يعاني من اضطراب طيف التوحد ،وكذلك فإن خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتداخل مع خصائص الفئات الأخرى للتربية الخاصة مثل: الإعاقة العقلية والسمعية والبصرية...الخ، ولذلك فإن هذه العملية قد تنطوي عن العديد من الأخطاء، وخاصة إذا لم تكن الإجراءات المتبعة في ذلك دقيقة ومضبوطة بالشكل المناسب.

وتظهر الأهمية النظرية و التطبيقية التي تمثلها الدراسة الحالية بما يلي: :

أولاً: الأهمية النظرية:

1. تعد الدراسة الحالية هي الأولى من نوعها في الأردن التي تهدف إلى معرفة مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في (DSM V) على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
2. لفت انتباه القائمين على مراكز التربية الخاصة بضرورة اعتماد معايير ومحكات دقيقة في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
3. تسليط الضوء على الأسس والمحكات العالمية التي يجب الاعتماد عليها في تشخيص اضطراب طيف التوحد .

ثانياً: الأهمية العملية (التطبيقية):

1. كشف الخلل والقصور في عملية الفحص والتشخيص الممارس في الميدان.
2. تزويد العاملين والمعلمين بالأسس الصحيحة التي يجب ان تستند اليها عملية التشخيص .
3. الاهتمام بالتشخيص الدقيق من شأنه أن يساعد في تقديم خدمات تربيه خاصة نوعيه.

4. زيادة المعرفة بطبيعة الاضطراب من خلال عملية التعرف عليهم ومساعدتهم في تقديم الخدمات المناسبة لهم.

5. مساعدة الأخصائيين وأولياء الأمور في التعرف على أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ووضعه بالمكان المناسب لتلقى الخدمات التدريبية والمسمى التشخيصي الدقيق له.

6. كشف واقع عملية التشخيص للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وضرورة إعادة التشخيص لمعرفة الاضطرابات لديهم لتقديم افضل الخدمات .

7. تزود هذه الدراسة الميدان بمقياس تشخيصي يهدف إلى تحسين عملية التشخيص مستند إلى (DSM V)

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى:

1. معرفة مدى انطباق محكات تشخيص اضطرابات طيف التوحد في (DSM V) على الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد.
2. تحديد محكات التشخيص الأكثر شيوعا لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.
3. لفت انتباه العاملين بمراكز التوحد على اهمية التشخيص الدقيق للاضطراب بناءاً على محكات التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V).
4. وضع توصيات مناسبة لتعزيز وتقدير عملية التشخيص في مراكز التربية الخاصة لاضطراب طيف التوحد.

مصطلحات الدراسة:

- **اضطراب طيف التوحد:** اضطراب نمائي عصبي يتمثل في قصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وجملة من الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة، والتكرارية والنمطية، والتي تظهر لدى الطفل في مرحله الطفولة المبكرة (APA,2013).
- **المحكات التشخيصية :** هي المعايير الواجب توافرها لكي يتم التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية –الطبعة الخامسة (DSM V,2013).
- **الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:** هم الأطفال المشخصون باضطراب طيف التوحد من قبل وزارة الصحة، والملتحقون بمراكز ومؤسسات التربية الخاصة لذوي اضطراب طيف التوحد في مدينه عمان وإربد والكرك للعام 2016/2015.

حدود الدراسة ومحدداتها :

تتحدد الدراسة الحالية بالحدود التالية :

الحدود المكانية: تطبيق الدراسة في مراكز التربية الخاصة في محافظات عمان وإربد والكرك.

الحدود الزما نية: تطبيق الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول والفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 2015-2016م.

الحدود البشرية: تم تطبيق الدراسة على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة.

وتتحدد نتائج الدراسة بعملية التشخيص التي قمت بها ضمن (مقياس انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة(DSM V) فقد تم ترجمتها)، لذا فإن صدق النتائج التي توصلت إليها الدراسة تتحدد بمدى دقة التشخيص و صدق الأداة وثباتها. ومدى الموضوعية والمصداقية في التشخيص السابق للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة في الأردن.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يشتمل هذا الفصل على محورين رئيسين هما: الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة، أما الأدب النظري فيتألف من تعريف اضطراب طيف التوحد وخصائصه وأسبابه والتطور التاريخي للاضطراب كما تناول الباحث في هذا المحور التغيرات الحديثة في (DSM V) وعملية التشخيص وأهميتها وتحدياتها وبالنسبة للجزء المتعلق بالدراسات السابقة ذات الصلة فيعرض فيه الباحث أهم الدراسات الأجنبية التي بحثت المواضيع ذات الصلة بالدراسة الحالية.

المحور الأول: الإطار النظري

اضطراب طيف التوحد:

هو اضطراب نمائي عصبي، يتميز بانخفاض في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي المتبادل والأنماط السلوكية المتكررة، ويظهر لدى الطفل في مرحله الطفولة المبكرة، واضطراب طيف التوحد لديه معايير تشخيصيه محدده، تم تعريفها في الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM V,2013).

ويعرف اضطراب طيف التوحد المشار إليه في قانون التربية الأمريكي للأفراد المعوقين ،بأنه إعاقة نمائية تؤثر في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وفي التفاعل الاجتماعي، وتؤثر في الأداء التعليمي للفرد، ويتفرد بمجموعة من الخصائص أهمها: الانشغال بأنشطة متكررة ومظاهر سلوك نمطية، والإصرار على الروتين اليومي، ومقاومة التغيير والاستجابات غير العادية تجاه المثيرات الحسية المختلفة، وتتضح هذه الخصائص قبل بلوغ الطفل سن الثالثة (الخطيب والحديدي، 2011).

وكما يعرف بأنه اضطراب نمائي عصبي يعرف سلوكياً عن طريق ملاحظة مظاهرة على الفرد المصاب، ولا يمكن تشخيصه بفحوصات طبية أو مخبريه، وكذلك فإن التدخل التربوي هو الأساس في معالجته، فالتدخل التربوي في التعليم والتدريب المناسبين يعد عاملاً حاسماً في تحسين مظاهر اضطراب طيف التوحد، والوصول بالطفل المصاب إلى أقصى درجة ممكنة، وفق قدراته وإمكاناته (الشامي، 2004-أ) .

وأشارت جمعية علم النفس الأمريكية (American Psychological Association. APA) على أنه إعاقة نمائية شديدة، تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، وتتصف بعجز نوعي في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي،وغير اللفظي، والسلوكيات المحددة والمتكررة (APA, 2012).

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية بالطبعة الخامسة (DSMV) التوحد بأنه إعاقة نمائية تنتج عن اضطراب عصبي تؤثر سلبا على وظائف الدماغ وتظهر هذه الإعاقة عادة في السنوات الثلاث الأولى من الحياة وترتبط بمظاهر قصور شديد في الأداء العقلي والاجتماعي والتواصلي ويبدون سلوكيات نمطيه متكررة ومقيدة (DSM V,2013)

وظهر الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM V) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2013) الذي فرض تغييرات في تصنيف وتشخيص اضطراب طيف التوحد وجاء ذلك متوافقاً مع ما يتوقع أن يصدر في عام (2015) من الطبعة الحديثة في الدليل العلمي لتصنيف الأمراض (International Classificationof Diseases, ICD- 11) الذي لم يصدر بعد من منظمة الصحة العالمية، وهذا استدعى إجراءات تعديلات ونسخ محدثه من المقاييس المتوفرة عالمياً(DSM V , 2013)

بدأ الاهتمام باضطراب طيف التوحد بشكل ملحوظ قديماً، نظراً لما ينطوي عليه هذا الاضطراب من تأثيرات نمائية تؤثر في معظم المظاهر والمجالات. ولقد زادت نسبة انتشار اضطراب التوحد في الآونة الأخيرة، وتحدد نسبة انتشاره حسب تقارير مراكز ضبط الأعراض والوقاية منها للعام 2014: (Centers for Disease Control and Prevention) (CDC) (Developmental Disabilities Monitoring the Autism (ADDM) الذي خلص إلى أن معدل انتشار اضطراب التوحد قد ارتفع إلى 1 في كل 88 ولادة في الولايات المتحدة الأمريكية ، وأن نسبة حدوثه لدى الذكور تفوق بكثير نسبة حدوثه لدى الإناث، بمعدل 1 إلى 4 من الذكور، وأن عملية التدخل في عمر مبكر هي الأفضل من أي وقت آخر.

واضطراب طيف التوحد، من الاضطرابات التي أصبحت مجال بحث في الوقت الراهن، لما له من أثار على جميع المظاهر والمجالات خاصة، ومع المراجعة الأخيرة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V)، تم إجراء تعديلات على الطبعة الرابعة للـ (DSM-4) وتم حذف كل من متلازمة ريت واضطراب التفكك الطفولي ،حيث كانتا فئات مستقلة ضمن اضطرابات طيف التوحد ،وتم دمج فئات طيف التوحد في مجموعة تشخيصية واحدة وتسمى "اضطراب طيف التوحد" (American psyachitaric Association - APA, 2013).

وبدأ الاهتمام بالتوحد، باعتباره اضطراباً نمائياً، على يد الطبيب والعالم الأمريكي ليو كانر (Leo Kanner) العام 1943م، من خلال وصفه لأحد عشر طفلاً لهم الخصائص نفسها

التـي يختلفـون فيهـا عـن غيـرهم، إذ وجـد أن هـؤلاء الأطفـال يظهـرون عزلـة واضـحة عـن العـالم الخـارجي، وكذلك قصوراً واضحاً في النمو اللغوي، والتفاعل الاجتمـاعي، ويبـدون بعـض الأنمـاط السلوكية والحركية التي قد تحد من إقامة علاقات مع الآخرين، ويظهر اضطراب طيف التوحد – بوضـوح وشـدة- فـي مراحـل عمريـة مبكـرة لـدى الأطفـال، وتتحسن أعراضـه مـع زيـادة القدرات الإدراكية والتقدم في العمر (Paul, 2010).

ونـشطت بعـد ذلـك حركـة البحـث العلمـي، وظهـرت العديـد مـن الدراسـات التـي أوردت معلومات حول اضطراب طيف التوحد؛ وقدم كريك Creak عـام (1961) معـايير تشخيصية لما يسمى آنذاك بــ "التوحد الطفولي"، توضح خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، إلا أن هـذه الخـصائص تعرضـت للنقـد الـشديد، والتـي تمثلـت فـي العجـز العـام فـي بنـاء العلاقـات الاجتماعيـة مـع الآخـرين؛ وضـعف فـي إدراك الـذات، ويظهـر أن الأطفـال ذوي اضـطراب التوحـد شديدو التعلق بالأشياء من دون أي سـبب واضـح، ومـن أبـرز الـصفات التـي تميـزهم أيضاً مقاومـة الكبيـرة لتغييـر الـروتين، والقلـق الـشديد والتـوتر، وكـذلك فقـدان تطـور اللغـة فـي المراحـل العمريـة الأولى.

ونـــشرت منظمـــة الـــصحة العالميـــة فـــي العـــام (1977) (World Health Organization) الإصـــدار التاســـع للتـــصنيف العـــالمي للأمـــراض (International Classification Diseases- ICD- 9)، وصنفت اضطراب التوحد باعتباره فئة مستقلة.

وأصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عـام (1980) (American Psychiatric Association- APA) تـصنيفها الثالـث مـن خـلال الـدليل التشخيـصي والإحـصائي للاضـطرابات العقليـة – الإصدار الثالث (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-3) وضـعت فيـه اضـطراب التوحـد مـن ضـمن الاضـطرابات النمائية الشاملة في مرحلة الطفولة المبكرة.

وأصدرت الرابطة الأمريكية للطب النفسي في العام (1994) (APA) الإصدار الرابع للدليل التشخيـصي والإحصائي للاضـطرابات العقليـة (DSM-4) إذ قدمت مفهـوم الاضـطرابات النمائيـة الـشاملة الـذي يـضم كـلاً مـن: اضـطراب التوحـد (Autism Disorder)؛ ومتلازمـة أسـبيرجر (Asperger's Syndrome)؛ واضـطراب التفكـك الطفـولي (Childhood Disintegrative Disorder- CDD)؛ واضــطراب ريــت (Rett Disorder)؛ والاضطرابات النمائيـة الـشاملة غيـر المحـدد (Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified – PDD- NOS).

ونشرت الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) في العام (2013) الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V) وتم فيه دمج اضطرابي "التوحد" و "أسبر جر" مع الاضطرابات النمائية غير المحددة في فئة ومجموعة تشخيصية واحدة تحت مسمى اضطراب "طيف التوحد". وقامت بحذف متلازمة "ريت" واضطراب "التفكك الطفولي"، إذ يبين الدليل العلمي والممارسة الإكلينيكية أن طيف الواحد منهما يعبر عن جميع الأعراض، وكذلك أكدت أنه لا يوجد أي دليل إكلينيكي أو بحثي يدعم فصل اضطراب التوحد وأسبر جر والاضطرابات النمائية عن بعضهما بعضاً. (Kaufman, 2013)

التطور التاريخي للأدلة التشخيصية والإحصائية للاضطرابات العقلية (DSM):

كانت هناك عدة أنظمة تشخيصية مختلفة قبل الأدلة التشخيصية والإحصائية للاضطرابات العقلية (DSM)، لذلك كانت هناك حاجة ملحة لوجود تصنيف يقلل من الارتباك، ولخلق توافق في الآراء بين الباحثين في هذا المجال ولمساعدة أخصائيين الصحة العقلية على التواصل باستخدام لغة تشخيص مشتركة فيما بينهم.

تم صدور الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة الأولىDSM-1) في عام 1952، حيث بين اوصاف (106) اضطراب من الاضطرابات، التي يشار اليها بإسم "ردود أفعال Reactions ". أصدر أدولف ميير (Adolf Meyer) مصطلح ردود أفعال، وهو صاحب مقولة "الفكرة المختصة بعلم النفس التي تتمثل بأن الاضطرابات العقلية تمثل ردود فعل شخصية لعوامل نفسية، واجتماعية، وبيولوجية (Grob, 1991).

وتم صدور الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة الثانية -DSM 2) في عام 1968، الذي اتسم بتغير ملامح بسيطة عن الطبعة الاولى. حيث زادت عدد الاضطرابات إلى 182 اضطراب، تم اقصاء مصطلح "ردود الأفعال"، لأنه تضمن السببية، كما تمت الإشارة إلى أن مصطلحات التحليل النفسي (مثل "الاضطرابات العصبية" و "الاضطرابات نفسية- فيسيولوجية" هي مصطلحات لا تزال قائمة (Regier & Darrel, 2007).

كما تم صدور الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة الثالثة DSM-3) في عام 1980، وكان هناك تغيير كبير عن الطبعات السابقة للأدلة. حيث لغت هذه النسخة المنظور النفسي الديناميكي لصالح الحركة التجريبية وتوسعت لتشمل 494 من صفحات مع 265 فئة من الفئات التشخيصية. (التي تم مراجعتها في عام 1987)(Spitzer, 1981) .

بعد عدة سنوات، وفي عام 1994 تحديداً تم نشر التنقيح الرئيسي والاخير للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (النسخة الرابعة DSM-4)، حيث توج هذا الدليل بجهود استمرت ست سنوات شارك فيها أكثر من 1000 شخص والعديد من المنظمات المهنية. حيث تم بذل المزيد من الجهد لإجراء استعراض شامل للأدبيات لوضع أساس تجريبي راسخ للتمكن من إجراء تعديلات، تم إجراء تغييرات عديدة للتصنيف (على سبيل المثال، اضيفت بعض الاضطرابات، وحذفت بعضها، وتم إعادة تنظيم البعض الآخر)، إلى مجموعات معايير التشخيص، ثم الى نص وصفي يقوم على اساس دراسة متأنية من البحوث المتعلقة بالاضطرابات العقلية المختلفة (Drimsky & Cosgrove, 2012).

وفي شهر أيار عام 2013 تم نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة الخامسةDSM V)، الأمر الذي أثار الجدل في مجال الصحة العقلية ومجال علم النفس. واستمرت التطورات العلمية على مدى العقديين الماضيين في التقدم والتغير بسرعة في التقنيات العلمية التي ساعدت في توليد ثروة من المعرفة ولهذه الاسباب يعتقد المعهد الوطني للصحة العقلية NIMH والرابطة الامريكية للطب النفسي، أنه من المهم توسيع القاعدة العلمية ونظام التصنيف في تنقيح الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة الرابعة) (Friedman, et al., 2011).

عُقد أول مؤتمر لتخطيط البحوث المتعلقة بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة الخامسة) في عام 1999، تم انشاء فرقة عمل تشتمل على 13 رئيس من كل فريق عمل تشخيصي (تكون الفريق من خبراء عالميين في مختلف مجالات التشخيص)

استندت مجموعات العمل التشخيصي بشكل كبير على تصنيف الاضطرابات المعروضة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (النسخة الرابعة)، بالرغم أن كثير من المشاركين شاركوا عن كثب بتطوير النسخة الرابعة إلا أن هناك عدد من الاضطرابات التي لم يتم ادراجها بشكل قصدي من أجل توسيع نطاق التفكير. وتم لاحقا تنظيم سلسلة مؤتمرات لتخطيط البحوث للتركيز على أدلة علمية، مع ذوي الخبرة من مختلف أنحاء العالم الممثلة في هذه المؤتمرات لتطوير النسخة الخامسة من الدليل (Drimsky & Cosgrove, 2012).

هذا و يحتوي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية النسخة الخامسة على عدد من الحالات مقارب للحالات المرضية في الدليل الرابع.

اضطراب طيف التوحد والطبعة الرابعة المعدلة (DSM IV-TR,2000):

تضمنت الطبعة الرابعة المعدلة من هذا الدليل شمول اضطراب التوحد كفئة مستقلة ضمن مظلة ما يعرف باسم الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders-PDD) إلى جانب أربعة اضطرابات أخرى تتقاطع معه في بعض الأعراض السلوكية. (DSM IV-TR, 2000).

ولعل الآلية التي عرض فيها اضطراب التوحد في هذه الطبعة قد لاقت قبولا واسعا في الميدان لما لها من خصوصية توضيحية شاملة لجملة الأعراض السلوكية التي تميز اضطراب التوحد عن غيره من الفئات الأخرى ضمن نفس المظلة المقترحة، كما وأن هذه الطبعة قد وضحت جملة المعايير التشخيصية التي يجب الاستناد إليها عند تشخيص اضطراب التوحد.

وفي هذا السياق، فإن الطبعة الرابعة المعدلة عرفت التوحد" بأنه قصور نوعي يظهر في ثلاثة مجالات نمائية هي :التفاعل الاجتماعي، والقدرة على التواصل(بنوعيه اللفظي وغير اللفظي) وجملة من الأنماط السلوكية و الاهتمامات و الأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية "و التي يجب أن يكتمل ظهورها قبل سن الثالثة من العمر.

خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

ينظر لفئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بأنهم فئة غير متجانسة في خصائصها، فقد يكون لطفلين ذوي اضطراب طيف التوحد التصنيف والتشخيص نفسه إلا أن خصائصهم قد تختلف وتتنوع، فبعض الأطفال التوحديون يظهرون انعزالاً كاملاً عن المحيط الاجتماعي، ويميلون إلى الوحدة في حين يبدي بعضهم الآخر أنماطاً من التفاعل، ويطور بعضهم مهارات اللغة اللفظية بشكل جيد، في حين أن آخرين لا تتطور لديهم مثل هذه المهارات، وقد يتمتع بعض الأطفال اذوي اضطراب طيف التوحد بمواهب أو تفوق في مجال من مجالات الأداء، في حين أن معظم هؤلاء يعاني ضعفاً وقصوراً في كافة المجالات، كما أن الخصائص السلوكية مثل: الحركات النمطية مختلفة بين الأطفال التوحديين (Janzen, 2002).

اولاً: الخصائص الاجتماعية (Social Characteristics)

يعد القصور في التفاعل الاجتماعي، لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، من الخصائص الأساسية والجوهرية في الكشف عن التوحد، وقد تظهر مؤشرات هذا الضعف في المراحل المبكرة للعمر ،وهي تتمثل في تجنب التواصل البصري مع الأم في أثناء الرضاعة، أو عدم الاستجابة إلى الابتسامة التي تصدرها الأم ،أو أن هذه الاستجابة تصدر ولكن ليس في وقتها أو في مواقف لا تستدعي الابتسام ،وقد لا يبدي الطفل أي رد فعل إذا مدت الأم يدها لحملة، أو

عدم الانزعاج في أثناء تركه وحيداً والصراخ والبكاء عند محاولة لمسه أو عند الاقتراب منه (Strock, 2004) .

وتشمل جوانب الضعف في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال اذوي اضطراب طيف التوحد، الضعف في تكوين العلاقات الفعالة مع الآخرين، والبرود العاطفي والانفعالي، وضعف الاهتمام المشترك والميل إلى اللعب الفردي.

ويؤكد كلٌ من (Dunlap and Bunton,1999) على أن هناك عدداً من السمات التي تميز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك في مجالات العلاقات الاجتماعية والتواصل والعمليات الإدراكية واللعب، حيث قد يفشل الطفل في التفاعل مع القائمين على رعايته، ويفضل أن يقضي معظم الوقت بمفرده، ولا تبدو عليه السعادة أبداً، ويبدي قدراً ضئيلاً من الاهتمام بتكوين الصداقات، وتقل استجابته للإيماءات الاجتماعية وفي جانب اللغة فأن لغته إما أن تنمو ببطيء أو قد لا تنمو على الإطلاق فيبدو الطفل وكأنه أصم، وقد يردد الطفل الكلمات ويكررها دون أن يعرف ما تدل عليه تلك الكلمات ويستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، كما يتسم نسبة لا باس بها من هؤلاء الأطفال بتشتت الانتباه، كما أن بعضهم لديه استجابات غير عادية للمثيرات المحيطة فمنهم من لا يحب أن يلمسه أحد لان ذلك يسبب له الألم أو يولد لديه الشعور بالانزعاج، وقد لا يبدون أية مبادرات للعب التخيلي، ولا يقلدون أفعال الآخرين. بالإضافة إلى جود السلوك النمطي لديهم، كما تنتابهم نوبات غضب وبكاء مستمر دون وجود سبب واضح .

ويشير الزارع (2004) و (Bellini, et al,. 2007) إلى عدد من الخصائص الاجتماعية والتواصلية لدى الطفل ذو اضطراب طيف التوحد ومنها:

الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانفعالية، صعوبة في إظهار اهتمام بسيط بوجود الاخرين فقد لا ينظر الطفل ابداً في وجه احد بخاصة في السنوات الأولى من عمره، فقد يشك الوالدين عند التحدث الى الطفل او اثارة انتباهه بان لديه مشكلة في السمع حيث لا يتجاوب الطفل مع الصوت او الكلام بصورة مناسبة، كذلك صعوبة في إظهار الابتسامة الاجتماعية للآخرين والاشخاص المحيطين به، وقصور في القدرة على تفسير مشاعر الآخرين وخصوصاً من خلال التواصل غير اللفظي ؛ فقد لا يفهم ان الشخص الذي يتحدث إليه متململاً أو يشعر بالضجر من حديثه بالرغم من ان تعبيرات هذا الشخص وتصرفاته يدلان على ذلك، بالإضافة إلى قصور في التخيل والتقليد ومشاركة الآخرين ؛ فالطفل يفقد هنا القدرة على اللعب التخيلي والاجتماعي حتى لو كان مستوى النمو المعرفي و اللغوي لديه مرتفعاً مما يؤدي إلى وجود نمط محدود في لعبهم.

وقد قسمت الدراسات والأبحاث الأطفال اذوي اضطراب طيف التوحد من حيث تفاعلهم الاجتماعي إلى ثلاث فئات (Garside, et al., 2000).

1- البعيد (Aloof): وهؤلاء الأطفال لا يظهرون أي اهتمام أو تعلق اجتماعي ولا يطلبون أي مساعدة من الآخرين لتلبية حاجاتهم، فهم يهيجون ويغضبون عندما يكونون قرب الآخرين أو أنهم يرفضون الاحتكاك الجسدي أو الاجتماعي معهم .
2- السلبي (Passive): وهؤلاء لا يبادرون إلى التفاعل الاجتماعي ولكنهم يوافقون على مبادرات الآخرين للتفاعل معهم .
3- النشيط ولكنه غريب (Active But Odd): وهؤلاء يتفاعلون اجتماعياً ولكن بطرائق غير مناسبة وغير عادية مما يجعلهم محل رفض وعدم تقبل من الآخرين .

ثانياً: الخصائص اللغوية والتواصلية (Linguistic and Communication Characteristics)

يعد التواصل من المشكلات الرئيسية التي يتسم بها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، حيث يعاني جميع هؤلاء الأطفال، صعوبات في اللغة والتواصل على الرغم من وجود فروق واختلافات في شدة هذه الصعوبات وطبيعتها، ويمكن تقسيم الخصائص التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى ثلاثة مجالات:

1- **السلوكيات غير اللفظية:** وتشمل الضعف في التواصل البصري مع الآخرين، والقصور في استخدام تعبيرات الوجه المناسبة للحالة الانفعالية، وكذلك صعوبة في فهم التعبيرات الانفعالية للآخرين، كما يعاني الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قصوراً في استخدام الإيماءات والحركات المرافقة للكلام، وفي استخدام الإشارة، إضافة إلى ضعف واضح في مهارة التقليد (Nikolov, 2006).
2- **اللغة التعبيرية:** يستخدم بعض الأطفال صوامت قليلة وتراكيب ومقاطع صوتية قليلة كما يظهر بعضهم تأخراً، أو قصوراً كلياً في تطوير اللغة المنطوقة، ويظهرون الصمم والبكم لبعض الكلمات، ويظهر بعضهم لغة نمطية ومتكررة يقوم فيها الطفل بترديد أصوات أو كلمات مفردة و جمل لمواقف أو أحداث بسيطة، وهذه اللغة المتكررة تسمى المصاداه الصوتية (Echolalia) التي قد تكون فورية تتمثل في الإعادة الدقيقة للكلمات والعبارات بعد ثوان قليلة من سماعها، أو تكون المصاداه متأخرة وهي أيضاً إعادة حرفية دقيقة ولكن الطفل يتأخر في إعادتها التي قد تستمر أياماً وقد تكون المصاداه مخففة ويمكن أن تكون فورية أو متأخرة لكن العبارات المعادة لا تقال كما سمعت بالضبط، أو تكون منقوصة (الشامي، 2004-أ) ويمكن إجمال صعوبات التواصل اللفظي لدى الأطفال التوحديين في ثلاث مجموعات:

- **المجموعة الأولى**: وهم الأطفال الذين لا يتكلمون أو الذين يعانون تأخراً واضحاً في اللغة المنطوقة، ويظهرون الصمم والبكم لبعض الكلمات وتشكل نسبتهم نحو 50%.
- **المجموعة الثانية**: وهم الذين يظهرون لغة نمطية ومتكررة غير وظيفية وتبلغ نسبتهم 25% من الأطفال التوحديين.
- **المجموعة الثالثة**: وتشمل الأطفال الذين يطورون مهارات اللغة الطبيعية، مع ظهور صعوبات مثل: الصعوبة في كيفية البدء بالحديث أو المحافظة على استمراريته، أو كيفية التوقف وإنهاء المحادثة وتبلغ نسبتهم 25% (Saskarchewan Education, 1999).

3. **اللغة الاستقبالية Receptive Language:** تعد اللغة الاستقبالية أفضل من اللغة التعبيرية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، ولكن على الرغم من ذلك، يعاني معظمهم مشكلات في اللغة الاستقبالية وهي تشمل صعوبات في فهم لغة الآخرين، وعدم فهم الأسئلة، أو متابعة التعليمات اللفظية الطويلة أو حتى البسيطة في الكثير من الأحيان أو أنهم يفهمون اللغة في سياق خاص، أو يفهمون اللغة بحرفيتها (Strouk, 2004).

ويمكن إجمال أوجه القصور اللغوية والتواصلية بما يلي:

- عدم القدرة على استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين.
- ضعف القدرة على استخدام كلمات جديدة والاستمرار في إعادة نفس الكلمات وترديدها حرفياً دون إدراك لمعناها وهو ما يعرف بالمصاداه ولا تكون عادة في مكانها المناسب واستخدام الضمائر بشكل غير مناسب وقد يتحدثون بجمل اقصر وغير مترابطة.
- الاستخدام غير السوي للغة إذ يتكلم الطفل ذو اضطراب طيف التوحد بنغمة واحدة بغض النظر عن الموضوع.
- استخدام سلوكيات تواصلية غير لفظية تمثل أفعالا منتظمة كسلوك رفرفة اليدين كوسيلة للتواصل الجسدي أو مسك اليد للوصول إلى الطعام الذي يريد (Schuler,1980 ; Webber &Fay & Scheuermenn,2008).
- صعوبة في فهم وإدراك المثيرات التمييزية غير اللغوية مثل (تعابير الوجه، حركة اليدين) ويسير تطور اللغة التعبيرية بمعدل بطئ وبنسبة ضئيلة حيث ان (50%) منهم لم يطوروا أصلا اللغة التعبيرية الوظيفية، وفي حال ظهور اللغة لديهم فانه يتم استخدامها للطلب أو للتعبير عن بعض الرغبات وليس لأهداف التفاعل الاجتماعي (كوجل وكوجل، 2003).

بناءاً عليه فقد أصبح من الضروري الاهتمام وبشكل كبير بمعالجة تلك المشكلات لدى هؤلاء الأطفال، وذلك لتأثيرها الكبير على عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي لديهم، ولابد من معرفة إن اضطراب طيف التوحد يتضمن عادة عجزاً في التواصل الاجتماعي ونقص في المهارات اللغوية بالإضافة الى انعدام قدرتهم على فهم وتفسير العواطف والمعاني التي يعبر عنها الآخرون من خلال حركات الأعين وملامح الوجوه، كما أن الأطفال الصغار لا يبتسمون في المواقف الاجتماعية المختلفة، وقد يظهرون تلك الاستجابة في مواقف لا تستدعي الضحك او الابتسام كما أنهم قد يقومون بالنظر إلى الآخرين من خلال أطراف أعينهم او قد يتجنبون الاتصال البصري الفعال مع الآخرين كما أنهم قد لا يلعبوا بشكل مناسب بالألعاب (البطاينة واخرون، 2009).

ثالثاً: الخصائص السلوكية Behaviors Characteristic

يتميز الأطفال التوحديون بمجموعة من الخصائص السلوكية تعتبر فريدة إلى حد كبير لدى كل طفل توحدي، ولعل أهم هذه الخصائص الحركات النمطية مثل: رفرفة اليدين، وهز الجسم، والمشي على رؤوس أصابع القدمين، وتلويح اليد أمام العينين، والدوران حول النفس، والسلوكيات الرتيبة مثل: الانشغال المفرط باهتمام أو موضوعات محددة، والإصرار على التشابه والتماثل، والسلوك الروتيني (الشامي ،2004).

حيث ذكر سوهين وادم ولوفتين(So Hyun, et al., 2007) بان هذا السلوك يتضمن سلوكيات متكررة وغير مسيطر عليها كرفرفة اليدين وحركة الرأس، كما قد يتضمن استخدام الأشياء بشكل روتيني يومياً، ومن الخصائص التي تلاحظ وبشكل متكرر وتعتبر احد الملامح الرئيسية لاضطراب طيف التوحد مقاومتهم لأي تغيير في البيئة واعتمادهم على الروتين بشكل كبير (الزريقات، 2010). و قيامهم بالعديد من السلوكيات النمطية اللغوية او الحركية مثل تدوير الأشياء أو التصفيق بالأيدي، وكذلك الاهتمام المفرط بالأشياء فقد يلعب الطفل بلعبة معينة ساعات عديدة دون ملل (هالهان وآخرون، 2013).

وقد يظهر بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعض الفروق مثل طريقة خاصة في الوقوف وفي معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو أنهم يحلقون تحت أقدامهم و قد يمشون على رؤوس أصابعهم (سليمان، 2001).

ومن خصائصهم السلوكية، كذلك يظهرون إفراطاً شديداً يتمثل في السلوك الفوضوي، والعدوان نحو الآخرين أو نحو الذات، فقد يقوم هؤلاء بالعض والضرب، وغيرها من المحاولات المؤذية للذات أو للآخرين، إذ إن أكثر من 50 % من الأطفال الذين لديهم اضطراب طيف التوحد، يظهرون العدوان الذاتي ويمارسه مالا يقل عن 14,6% بشدة، وهو المعروف بالعدوان

الذاتي المكثف الذي يؤدي إلى دخول المستشفى، ومن أسباب السلوك العدواني صعوبة الفهم، وانخفاض القدرة على التواصل، والتعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم وانخفاض مهارات المواجهة والصراح مع الزملاء والألم غير المشخص واضطرابات القلق والمزاج والاكتئاب والخلل النفسي والاضطراب النفسي، وكذلك لديهم فرط النشاط، الاندفاع وعدم الانتباه إذ تعتبر أعراض نقص الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط (ADHD) شائعة جداً لديهم حيث تؤثر فيما بين 8- 74% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Brentanti, et al ., 2013).

رابعاً: الخصائص المعرفية Cognitive Characteristics

يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قصوراً ملحوظاً في وظائفهم، أو في خصائصهم المعرفية، حيث لديهم ما نسبته 75-80% إعاقة عقلية مختلفة الدرجة، كما يواجهون صعوبات في فهم وإدراك أبعاد المواقف ،واستيعاب المثيرات والاستجابة لها ، كما يظهرون خللًا واضحاً في مجال الرؤية الشاملة للأشياء، إذ أنهم ينظرون للشيء من جانب واحد دون إدراك الشكل بأبعاده الكلية، فهم لا يدركون الكل بل الجزء فقط (الزريقات، 2010) إضافة إلى هذا كله، يواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبات في القدرة على حل المشكلات، وضعف القدرة على التعميم، ونقل أثر التدريب بين المواقف والبيئات المختلفة. كذلك يواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد اضطرابات في التفكير مثل: القصور في إنتاج أفكار جديدة وصعوبة في القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء أكانت تتطلب قدرة لفظية، أو بصرية لحلها. إضافة إلى مشكلات في نقل الانتباه والتشتت، وضعف الذاكرة، وعدم القدرة على التنبؤ بالأحداث والوقائع (نصر، 2002)

و بينت العديد من الدراسات والأبحاث إن معظم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم إعاقة عقلية و تقل درجاتهم عن (68-70%) على مقياس الذكاء، وإن بعضهم لديه قدرات عقلية عادية بينما يظهر آخرون قدرات خاصة (Autistic savant) في مجال أو أكثر (عبدالرحمن واخرون، 2005).

بينما أشار خطاب (2005) إن انخفاض درجات الذكاء يؤدي إلى القصور المعرفي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ضوء ما ذكره كانر من سلوك العزلة الاجتماعية ويبين إن سبب انخفاض أدائهم على اختبارات الذكاء هو:

- إن الطفل ربما يعرف الإجابة ولكنه يتعمد تجنب تقديمها.
- إن أداء الطفل يكون محكوماً بطبيعة موقف الاختبار وليس بصعوبة المهمة المطلوبة منه.

ويمكن تلخيص الخصائص المعرفية حسب ما جاء به مصطفى والشر بيني (2011) بما يلي:

1- الإدراك: فالطفل الذي لدية اضطراب طيف التوحد قد لا يدرك البيئة المحيطة والخبرات الحسية مثل (البرد، الألم).

2- الانتباه: فالانتباه لدى الطفل الذي لدية اضطراب طيف التوحد غير طبيعي، وفترة انتباههم قصيرة وتبين وجود خلل أو أصابه نسيج مركز جذع او ساق المخ، وهو نسيج يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم .

3- التذكر : يعاني الطفل الذي لدية اضطراب طيف التوحد من صعوبة في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالٍ من المعالجة كرواية القصة، وتسلسل الأحداث والنشاطات، والأفعال التي وقعت معهم، وكذلك تذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصريا، وهناك صعوبة في تذكر سلسله من المعلومات اللفظية التي تتعلق بما يفعلون، وكيف يفعلون شيئا ما.

4- التفكير : يتميز تفكير الطفل الذي لدية اضطراب طيف التوحد، بأنه تفكير بعيد عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به، ولا يدرك العالم لانشغاله بالتفكير بإشباع حاجاته ورغباته الروتينية والطقوسية .

خامساً: الخصائص الحسية Sensory Characteristics

يبدي بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خصائص حسية مختلفة عن أقرانهم من الأطفال العاديين، ويعود ذلك إلى إنهم عادة إما منخفضي الاستجابة ،أي إن استجابتهم للمثيرات اللمسية او البصرية أو السمعية في بيئتهم وتفسيرهم لتلك المثيرات يكون ضعيفاً ،أو قد يكون لديهم حساسية مفرطة للمثيرات المحيطة بهم ،كأن يفسروا تلك المثيرات بشكل مضخم جداً ،فقد يمتلكون حساسية زائدة نحو لون معين أو قد تبدو ردة فعلهم مبالغ بها نحو مصدر ضوء بسيط (الشامي ،2004-أ).

ويبدو أيضاً إن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لا يرون بعض المثيرات البصرية، فهم يرون أشياء دون أخرى، ويتجنبون التواصل البصري مع الآخرين، ويمتلكون حساسية مفرطة نحو بعض الألوان والأضواء، فهم يفضلون استخدام الرؤية المحيطة ؛ إذ يقومون بعملية تنظيم ذاتي لبعض المثيرات البصرية . وقد أشار العديد من أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى أن هؤلاء الأطفال يقومون بعمر مبكر بالتحديق بالفراغ، ويركزون على الطبيعة المادية للمكان، وليس على الأشخاص (Matson, 2009).

وقد ينعكس ذلك على نظرة الآخرين لهم، من خلال اعتقادهم بأن هؤلاء الأطفال صم أو مكفوفين نظراً لردود فعلهم تجاه المثيرات، بينما تظهر فئة منهم خليطاً من النموذجين السابقين (الحساسية المفرطة و الحساسية المنخفضة) كأن لا يستجيبون لصوتٍ

عالٍ مثل (صوت جرس إنذار) في حين يكون رد فعلهم مفرطاً لشخص ما يصدر صفيراً من مسافة بعيدة (هالهان وآخرون، 2013).

كما إن لديهم قصوراً في التمييز الحسي فقد يقوموا بتغطية عيونهم عندما يسمعون صوتاً لا يحبونه، وقد يستجيبون للخبرات الحسية بطريقة غريبة وشاذة غريبة، فهم يتصرفون في بعض الأحيان وكأنه ليس لديهم أي خبرة بالأصوات أو الأشكال (خطاب، 2005).

ويمكن تلخيص الخصائص الحسية لدى هؤلاء الأطفال بما يلي :

- المثيرات الصوتية : إذ تشير الملاحظات إن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يظهرون حساسية سمعية لأصوات يسمعونها ولا يسمعها الأفراد الآخرون المحيطين بهم، مما تسبب لهم إزعاجا شديدا، وبما أنهم يبدون كمن يعاني من الصمم، فأنهم في الوقت ذاته لا يستجيبون فيه للأصوات المنخفضة والروتينية، وخاصة الأدوات المستخدمة في المنزل.
- المثيرات البصرية : قد يبدو إن الأطفال لا يرون بعض المثيرات البصرية ،وفي رؤية بعض الألوان ، أو قد يظهرون اهتمام كبير ببعض الأضواء والأشكال الضوئية، كما ويمكن أن يتجنب الأطفال بعض الأطعمة بناءً على لونها.
- المثيرات اللمسية : تعتبر من أكثر الخصائص التي يظهر فيها التباين، فقد يظهر بعض الأطفال حساسية جلدية كبيرة ،مما تجعل الطفل يبتعد عن الأفراد أو الفرد الذي يقترب منه أو يحاول الإمساك به، نجد أن البعض قد لا يشعر بالألم وقد لا يبكي على الرغم من تعرضه لأذى شديد (الأعظمي والسعدي ،2011)

أسباب اضطراب طيف التوحد:

ما الدافع الذي يسبب اضطراب طيف التوحد ؟ هنا يكمن التساؤل والتحري ؟ هل هو مرض عصبي، أم نفسي، أم ناتج عن جروح أو مشاكل في الرحم أثناء الولادة، أو بسبب رفض الأم لابنها أو بسبب خلل في الجينات أو بسبب النقص في بعض المعادن اللازمة للجسم في الطعام ؟انعكست الزيادة السريعة في معدلات الانتشار على الزيادة الواسعة في الدراسات والبحوث، وكذلك التفسيرات المتنوعة والأسباب المختلفة لهذا الاضطراب، حيث إن تلك الدراسات لم تجزم بأحدها وبشكل قاطع ومستقل، وسيتم تناول تلك الافتراضات ضمن مجالين:

اولاً: النظريات القديمة (نفسية / المنشأ)

افترض كانر أن الوالدين خصوصاً الأم يتحملان المسؤولية لإصابة ابنهما باضطراب طيف التوحد لعدم تزويده بالحنان والدفء العاطفي الكافيين، ولإهمالهما لطفلهما وعدم الاعتناء بتربيته مما

يؤدي لاضطراب العلاقة الانفعالية ما بينه وبين أمه والرفض المتبادل بين الطرفين، بكل ما يترتب على ذلك من آثار سلبية في النمو اللغوي باعتباره وسيلة للتواصل والتفاعل الاجتماعي .وعارض الكثير من الباحثين هذه النظرية النفسية حيث أشار روتر (Rutter) إلى أن الطفل خلال الفترة الحرجة للتوحد (0 ـ 6) أشهر لا يمتلك وسائل الإدراك الضرورية لاكتشاف رفض الأم له، وأشارت دراسات رتر أن الطفل في هذه المرحلة لا يستطع أن يفصل بين ذاته وبين الآخرين ويستعمل الأنا كدلالة على نفسه وعلى الآخرين . (الشيخ ذيب، 2005)

ونتيجة لهذه الافتراضات فقد عانت الاسرة معاناة كبيرة لاعتقادها بأنها السبب في حدوث الاضطراب لدى طفلها، الا ان هذا الافتراض احدث جدلاً كبيراً بين العلماء إلى أن تبدد عندما اتفق العلماء ونتيجة لدراساتهم وأبحاثهم أن التوحد هو عبارة عن اضطراب نمائي وليس نتيجة سوء المعاملة أو لافتقار للمحبة (الزريقات، 2010).

ثانياً: النظريات الحديثة

ظهرت هذه التفسيرات بعد رفض الفرضيات النفسية،حيث قامت الكثير من الدراسات بمحاولة لإثبات أسباب أخرى غير الأسباب النفسية، و توصلت هذه الدراسات إلى إن اضطراب طيف التوحد يعود الى:

أ. **الفرضية البيولوجية:**

ربطت العديد من الدراسات بين حجم الدماغ وحجم الرأس بالنسبة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ،إذ بينت هذه الدراسات إن حجم الدماغ للأطفال ينمو بسرعة خلال العام الأول من عمر الطفل ،ثم يبدأ بالتناقص حتي يقارب الحجم الطبيعي خلال فترة المراهقة (هالهان وآخرون، 2013).

وقد أشار فيرث (Firth,1993) إلى إن بعض الاختبارات التصويرية للدماغ تشير إلى وجود اختلافات غير عادية في تشكيله، بالإضافة إلى وجود فروق واضحة في المخيخ، حيث وجد أن هناك ضمور في حجم المخيخ، خصوصاً في الفصيصات الدورية رقم ستة وسبعة ،والذي يصل إلى ما يقارب (13%) من حجم المخيخ لدى الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بوجود او عدم وجود اعاقة عقلية مصاحبة لحالة التوحد. ويعتقد بعض الباحثين أن جميع الأفراد التوحدين لديهم تلف دماغي سواءً كان معروفاً أو فرضياً حيث لم يكتشف إلا جزء بسيط من هذا التلف نتيجة القصور في الأجهزة والأدوات الطبية الحالية ومن الشواهد الدالة على وجود تلف دماغي ما يلي:

- مرافقة التوحد للعديد من الأمراض العصبية والصحية والإعاقات المختلفة مثل الإعاقة العقلية والصرع والصعوبات والمشاكل أثناء الحمل والولادة.
- وجود نسبة انتشار واحد تقريباً في كل الثقافات والمجتمعات مما ينافي الأسباب الاجتماعية والنفسية للتوحد .
- إظهار بعض الاختبارات التصويرية للدماغ اختلاف في تشكيل أدمغة بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- إظهار الرسم الكهربائي للدماغ تغيرات في الموجات الكهربائية عند بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. (الشيخ ذيب، 2005)

ب. العوامل العصبية:

توصلت العديد من الدراسات إلى نتائج اعتمدت على التصوير العصبي (كالرنين المغناطيسي - MRI- والتصوير الطبقي- PET Scan & CAT scan - الى وجود اجزاء في الدماغ تلعب دوراً في ظهور أعراض اضطراب طيف التوحد، مما جعل العلماء يعتبرون هذا الاضطراب كاضطراب في الشبكات العصبية بدلاً من كونه اضطراب محدد في جزء محدد من الدماغ. وبينت نتائج الدراسات إلى أن الخلايا العصبية لدى الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد تعاني من قصور وتدني في القدرة على التواصل فيما بينها ، مما يسبب تلك الأعراض التي نلاحظها على الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (هالهان وآخرون، 2013).

ج. العوامل البيو كيميائية:

للكيمياء الحيوية دورا مهما في عمل وظائف جسم الانسان و خاصة لدى فئات اضطراب طيف التوحد، حيث أشارت العديد من الدراسات وخاصة البحث الذي اجري في السويد من قبل بيفن (Piven) إن درجة تركيز حمض الهارموفانيلك (Harmovanilic Acid) اكثر ارتفاعاً لدى حالات اضطراب طيف التوحد في السائل المخي المنتشر بين انسجة وخلايا المخ والنخاع الشوكي منها لدى العاديين، ولوحظ وجود زيادة في تركيز الناقل العصبي السيرتونين في دم حوالي (40%) من الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تم استخدام عقار فينفلا رامين (Fenflaramine) لتقليل تأثير السيرتونين و لوحظ تحسن وانخفاض ملموس على بعض الاعراض لدى هؤلاء الاطفال ومنها تحسن في الاداء اللغوي (الشامي، 2004،ب).

د. العوامل الايضية:

لاقت اهتمام الكثير من الباحثين حيث أشاروا إلى عدم قدرة الجهاز الهضمي لدى بعض أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على الهضم الكامل للبروتينات وخاصة (الجلوتين) و(بروتين

الكازيين) نتيجة وجود بيبتايد (Peptide) خارجي المنشأ من الغذاء يؤثر على عملية النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وقد يكون هذا التأثير مباشر او غير مباشر من خلال التأثير على الناقلات الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، بشكل يؤدي الى ان تكون مضطربة.

وهذه المواد تنتج عندما يكون التحلل غير كامل لبعض المواد الغذائية التي تحتوي على الجلوتين مثل القمح و الشوفان والشعير او المواد التي تحتوي على الكازيين الموجود في الحليب ومشتقاته مثل الالبان او الاجبان. وتدخل هذه المواد الى مجرى الدم عن طريق الامعاء الدقيقة و التي عادة تكون غير منفذة وتنتقل الي الدماغ وتؤثر بالتالي على انتقال المعلومات من الدماغ واليه، مما ينتج عنه تأثير يشبه فعل المخدر مما قد يسبب نقصان في الاحساس بالألم، وزيادة في سلوكيات ايذاء الذات.

كما إن الجسم لا يستفيد من البروتينات الموجودة في القمح والكازيين في الحليب بسبب عدم الهضم الكامل لها مما يؤدي لتحولها لجزيئات جلوتومورفين وكازومومين والتي تؤثر سلباً في الدماغ (الشيخ ذيب، 2004).

الا إنه وجدت نقاط ضعف في هذه الفرضية ؛ حيث وجد إن هذه المواد لا تتحلل بالكامل لدى الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا باضطراب طيف التوحد (الزراع، 2004).

هـ . عوامل وراثية جينية:

تعد الفرضيات الجينية التي حاولت تفسير اضطراب طيف التوحد، هي الأكثر قبولاً والأكثر انتشاراً وقوةً في الميدان، حيث تشير العديد من الدراسات إلى أنه عندما يتم تشخيص احد التوائم المتطابقة باضطراب طيف التوحد، فإن معدل إصابة الأخر تزداد وبنسبة عالية تتراوح مابين (36-96%)، أما في التوائم غير المتطابقة فإن احتمال تكرار الإصابة بالاضطراب كانت في بعض الدراسات صفراً بينما في دراسات اخرى بلغت نسبتها (24%)(الشامي، 2004، أ).

وكما أشارت دراسات أخرى اشار اليها هالهان وآخرون (2013)إنه اذا شخص طفل ما باضطراب طيف التوحد فإن فرص تشخيص احد إخوته الأصغر سناً ستصل لما نسبته (15%)، كما إن حدوث طفرات جينية منقطعة (Sporadic Genatic Mutations) تبدو على شكل حذف أو مضاعفة ذاتية لمكونات بعض الجينات التي تنتقل اليهم من قبل والديهم تعتبر مسؤولة ايضاً عن حدوث اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال (هالهان وآخرون، 2013).

نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:

تتعارض وتختلف نتائج الدراسات التي هدفت إلى تحديد نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد، وذلك لاختلاف التعريفات والمحكات التشخيصية المستخدمة في تشخيص الاضطراب،

وهكذا يعتبر تحديد نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد أمراً في غاية الصعوبة، لاختلاف التعريفات المستخدمة، والمحكات والمعايير التشخيصية والمعايير المستخدمة للاضطراب.

وهناك الكثير من التغييرات والمراجعات الحديثة والدراسات المتعددة فيه، وتتباين نسبة الانتشار في المجتمع بناءاً على عدد من المتغيرات، أهمها تصنيف حالات التوحد، الإعاقة العقلية والحسية، حيث قد تصل إلى حوالي (75%) لكل (10.000) طفل وتظهر هذه النسبة لدى الذكور أكثر من الإناث في كل المجتمعات، وتظهر لدى حالات اضطراب طيف التوحد اعراضاً من تدني القدرات العقلية، الصرع، صعوبات التعلم، الاضطرابات السلوكية. (الروسان، 2008).

وأكدت الدراسات المسحية إن نسبة الانتشار في تزايد حيث بلغت (62.2) لكل (10.000) طفل، وأن نسبة الانتشار أعلى ما بين الذكور من الإناث (4:1). (الخطيب والحديدي، 2011).

وفي التقديرات الحديثة، أشارت منظمة الصحة العالمية لمدى انتشار اضطراب طيف التوحد هو طفل لكل (160) طفلاً، وهذا تقدير يشير إلى متوسط التقديرات فهو يختلف باختلاف الدراسات، حيث إن بعض الدراسات الحديثة تشير إلى معدلات انتشار أعلى من ذلك بكثير (WHO, 2013).

مؤشرات الإصابة باضطراب طيف التوحد:

هناك العديد من العوامل المرتبطة بالإصابة باضطراب طيف التوحد هي وجود أو عدم وجود الإعاقة العقلية والضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي، ومشكلات الصحة العقلية الإضافية وهي كالأتي: (DSM V , 2013)

1- العوامل البيئية: هناك مجموعة متنوعة من عوامل الخطر البيئية غير المحددة، مثل عمر الوالدين عند الحمل، الوزن عند الولادة، أو تعرض الجنين للفا لبروات.
2- العوامل الوراثية والفسيولوجية: وقدرت من 37٪ إلى 90٪ للإصابة باضطراب طيف التوحد بناءاً على معدلات التوافق للتوأم، وقد يصل إلى 15٪ من حالات طيف التوحد تظهر اضطرابات تترافق مع طفرة جينية معروفة، أو الطفرات لجينات معينة ترتبط مع اضطراب في عائلات مختلفة، مع ذلك، وحتى عندما يرتبط اضطراب طيف التوحد مع طفرة جينية معروفة، فإنه لا يبدو كاملاً.
3- عوامل ثقافية : إن التنوع و الاختلافات الثقافية لقواعد التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي و الغير لفظي، والعلاقات بين الافراد، وبذلك قد يكون الاطفال ذوي اضطراب

طيف التوحد ضد قواعد السياق الاجتماعي الثقافي، ومن المعروف أن العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية قد تؤثر على العمر عند التشخيص.

4- قضايا مرتبطة بالجنس : يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد (4-1) بالنسبة للذكور إلى الإناث، حيث تميل الإناث إلى إظهار الإعاقة العقلية المصاحبة، مما يؤدي الى استبعاد الاناث ذوات الاعاقة العقلية المصاحبة أو العجز في التواصل اللفظي من التشخيص.

5- النتائج الوظيفية للاضطراب: إن عجز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، قد تعيق عملية التعلم، ويظهر ذلك من خلال التفاعل الاجتماعي أو في التفاعل مع أقرانهم، ويعانون من صعوبات بالغة في التخطيط، والتنظيم، والتعامل مع التغيير مما يؤثر سلباً على النتائج الأكاديمية، حتى بالنسبة للأطفال ذوي الذكاء العالي، والعديد من الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حتى من دون إعاقة عقلية، يفتقرون الى القيام بتدابير العيش المستقل والعمل المربح .

اضطراب طيف التوحد والطبعة الخامسة (DSM V,2013):

لعل للتطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تندرج ضمن مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) والتي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بالغ الأثر في إحداث تغيير جوهري في هذه الفئة، ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق بأن متلازمة ريت لم تعد اضطرابا معرفاً سلوكيا) كغيرها من باقي الفئات (وإنما قد أصبحت اضطراباً معرفاً جينياً نظراً لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها(MeCP2) لذا فإن الطبعة الخامسة قد استثنت هذه المتلازمة كواحدة من فئات اضطراب طيف التوحد كما هو موضح في الجدول رقم (1). (الجابري،2014) والجدول رقم (1) يوضح ما سبق .

جدول رقم (1)

أهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة والمعايير التشخيصية الجديدة(DSM V)

معيار المقارنة	DSM IV –TR (2000)	DSM V (2013)
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة PDD	اضطراب طيف التوحد ASD
بنية الفئة	مظلة لخمس اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقاً لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي: التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي.	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـ: التوحد، اسبرجر ، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط.
محكات التشخيص	ثلاثة محكات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية	محكين: التفاعل والتواصل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة

	اختلافا في شدة الاعراض	مستويات ضمن فئة واحدة.
المصاحبة لإعاقات أخرى	غير محددة	محددة: الاعاقة العقلية - اضطرابات اللغة - الحالات الطبية والجنينية- اضطرابات السلوك- الكتاتونيا
المدى العمري لظهور الأعراض	3 سنوات	الطفولة المبكرة (8 سنوات)

التغيرات على فئة اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية . الطبعة الخامسة (DSM V)

1- **استخدام تسمية تشخيصية موحدة (Single Diagnosis):** تضمنت المعايير الجديدة توظيفاً لمسمى موحد هو اضطراب طيف التوحد حيث يتضمن هذا المسمى كلا من اضطراب التوحد، ومتلازمة أسبر جر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة واضطراب التفكك الطفولي والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من DSM حيث يتم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها، كما وتضمنت المعايير إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد، ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها، وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، ودرجة الذكاء لدى أفرادها، لذا فإن الدليل قد عمد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصها، كما وأن اللجنة تبرر إسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها، كما أن الدليل قد فرض على المشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة والتي يتم بناء عليها تحدد مستوى ونوع الدعم الخدمي والتأهيلي الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية.

2- **التشخيص استناداً على معيارين اثنين بدلاً من ثلاثة معايير:** تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين اثنين في عملية التشخيص بدلاً من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمة من قبل الطبعة الرابعة المعدلة، حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقاً لمعياري القصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، والصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية، ويكمن الفرق هنا عن الطبعة الرابعة المعدلة، في أن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معياراً ثالثاً وهو القصور النوعي في التواصل.

3- **عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها:** تضمنت المعايير الجديدة ما مجموعة 7 أعراض سلوكية موزعة كما يلي: 3 أعراض في المعيار الأول، و 4 أعراض في المعيار

الثاني، وعلى العكس من ذلك فقد استخدمت المعايير القديمة 12 عرضا سلوكياً موزعة على شكل 4 أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي.

4. **تحديد مستوى شدة الأعراض:** تشترط المعايير الجديدة على المشخصين، تحديد مستوى شدة الأعراض، لأغراض تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي والتأهيلي الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية، وتوظف المعايير الثلاثة مستويات لهذه الشدة لكل معيار تشخيصي، وعلى العكس من ذلك فلم توظف المعايير القديمة مثل هذا الإجراء في تحديد مستوى الشدة، ولعل السبب من وراء إضافة هذا الشرط، يكمن في الدمج الذي تضمنته المعايير الجديدة لفئتي متلازمة اسبر جر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، والتي كانت فئتين منفصلتين عن بعضهما وعن التوحد في الطبعة الرابعة .(الجابري،2014) .
5. **المدى العمري:** تضمنت المعايير الجديدة توسيعاً للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض، لتشمل عمر الطفولة المبكرة والممتد حتى عمر 8 سنوات، بدلاً عن المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة وهو عمر ثلاث سنوات.
6. **الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية:** تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني)، الإشارة غلى الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية، التي إن وجدت لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه، وعلى العكس من ذلك، فلم تستخدم المعايير القديمة مثل هذا العرض كواحد من الأعراض الأساسية ،وإنما جرت العادة في الميدان أن يكون من الأعراض المساندة.
7. **الاضطرابات المصاحبة:** اشترطت المعايير الجديدة على المشخصين، تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص، وهو شرط لم تذكره المعايير القديمة كشرط تشخيصي وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه.
8. **اقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي:** أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى تعرف باسم اضطراب التواصل الاجتماعي، والتي تعتبر التشخيص المناسب للطفل الذي تنطبق عليه الأعراض السلوكية، ضمن المعيار الأول لفئة اضطراب طيف التوحد، ولا تتواجد لديه الأعراض السلوكية في المعيار الثاني، وبذلك فإن انطباق الأعراض في كلا البعدين يسبب التشخيص باضطراب طيف التوحد، في حين أن انطباق الأعراض في المعيار الأول فقط يسبب التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي

(حيث من المتوقع أن الأطفال المشخصين بالاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة PDD NOS يمكن أن يشخصوا ضمن هذه الفئة).

9- **التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها:** يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستوى خدمات الدعم نهجاً جديداً نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة، ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصياً فقط. (Machado, et all., 2013)

تشخيص اضطراب طيف التوحد

هو مصطلح يدل على تحديد سبب أو أسباب مرض أو سلوكيات خارجة عن إطار الحدود الطبيعية، وعندما يحدد السبب فهو غالبا ما يوصف بإسم أو عبارة معينة مثل " التوحد " أو "الاعاقة العقلية" أو "صعوبات تعلم" وما إلى ذلك، فإن أرادت أم مثلا معرفة سبب عدم مقدرة ابنها على تعلم القراءة، فإن تشخيص المشكلة من شأنه أن يفسر سبب عجزه عن القراءة (الشامي،2004-أ).

وأن موضوع قياس وتشخيص الأطفال غير العاديين يعتبر أمراً بالغ الأهمية في ميدان التربية الخاصة، لأنه الخطوة الأولى والمهمة للمساعدة في إحالاتهم للمكان المناسب ووضع البرنامج التربوي المناسب لهم.

وعادة ما يكون الأهل أول من يلاحظ السلوكيات الغريبة الشاذة لطفلهم، ففي الكثير من الحالات يبدو طفلهم مختلفا منذ الولادة، فقد يكون غير متجاوباً مع الناس أو اللعب أو الدمى أو مركزاً أو مستغرقاً بتعمد وبصورة تامة في نشاط أو موضوع واحد لفترات طويلة من الوقت.

وقد تبدو العلامات الأولى لاضطراب طيف التوحد على الأطفال الذين ينمون بصورة عادية، فعندما يصبح الطفل الودود الذي يرنم أو يصدر الهدهدة أو المناغاة، صامتاً ومنسحباً وعدوانياً أو مؤذياً لذاته، فهنا يلاحظ الأهل بأن هناك شيئاً خاطئاً (الروسان ،2008).

حتى وإن كان الأمر كذلك، ربما تمر سنوات قبل أن تسعى الأسرة إلى التشخيص، وربما يساعد الأصدقاء والأقارب الأهل على تجاهل المشكلات من خلال ترديدهم جملا مثل " كل طفل مختلف عن الآخر" أو " يستطيع طفلك التحدث لكنه لا يريد" . ولسوء الحظ يؤخر هذا الأمر التقييم والعلاج المناسب للطفل (Neuwirth,1997).

وتعرف المرحلة التي يلاحظ بها الاهل بعض المظاهر السلوكية غير العادية، وخاصة تلك المظاهر التي لا تتناسب مع طبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها الطفل بمرحلة التعرف السريع على الطفل التوحدي، ومن هذه المظاهر : ضعف النمو اللغوي، ضعف التطور في القدرات العقلية، وضعف في الجانب الاجتماعي (الجلبي،2005).

أهمية تشخيص اضطراب التوحد :

تعرف عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد على أنها عملية شاملة منظمة من خلال معرفة مدى انطباق معايير التشخيص الخاصة باضطراب طيف التوحد على طفل ما، خاصة وأنه لا توجد دلالات بيولوجية مؤكدة تظهر على جميع الأطفال المصابين بالتوحد، كما يجب التركيز على أهمية قياس المظاهر السلوكية وفق المعايير العالمية لهذا الاضطراب النمائي دون إغفال أهمية جمع المعلومات المتعلقة بمرحلة الحمل والولادة ونمو الطفل منذ الولادة حتى مرحلة التشخيص، وكذلك التاريخ الطبي للأسرة والمراقبة الذاتية إضافة إلى تطبيق مجموعة من الاختبارات النفسية، والاختبارات الخاصة بالسلوك التكيفي ودرجة الذكاء وعدم الاعتماد على مقياس واحد فقط، والتأكيد على اعتماد التشخيص على مقياس خاص باضطراب طيف التوحد ووفقاً لمعاييره يحدد مسمى الاضطراب ودرجته وشدته وتصنيفه ضمن هذه الفئة (جبر،2007).

إن تحديد المسمى التشخيصي لاضطراب طيف التوحد، يساعد الأهل والمختصين في أمور عدة كما ذكرتها (الشامي،2004-أ) وأهمها :

1- مراجعة المعلومات الخاصة بهذا الاضطراب.
2- تحديد التوقعات لمدى تحسن الاضطراب.
3- تحديد التوقعات لسلوك الشخص بناء على تشخيصه.
4- تحديد الأسباب وراء السلوك غير السوي.
5- تحديد الخطة العلاجية بشكلها الكامل.

وهناك مجموعه من الاعتبارات التشخيصية التي يتوجب على المهنيين مراعاتها عند تشخيص حالات التوحد وهي كما يلي:

1- تبني القائمين على عملية التشخيص مبدأ التشخيص من خلال فريق تشخيص متعدد التخصصات.
2- اشتمال إجراءات التشخيص والقياس للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. على مجالات نمائية ووظيفية متعددة.
3- استخدام أفضل الوسائل للقياس والتشخيص للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد بناءاً على المعرفة العلمية والخبرة والحكم الاكلينيكي للمهني المختص مع التأكيد على ملائمتها الخصائص واحتياجات الطفل.

صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد :

يعد تشخيص اضطراب طيف التوحد من أكثر العمليات صعوبةً وتعقيداً، ويتطلب ذلك تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وأخصائيي النطق واللغة،

وأخصائيين في التربية الخاصة، وأخصائيي القياس والتقويم، وترجع تلك الصعوبات الى عوامل متعددة أهمها:

- التوحد اضطراب سلوكي يحدث في مرحلة النمو، فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي، وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم، فتتعذر عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته.
- تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد لآخر، ومن النادر أن يوجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض.
- قد يصاحب اضطراب طيف التوحد إعاقة أو أكثر كالإعاقة العقلية أو الصرع، فتتشابك وتتعقد الأعراض، وخاصة أن بعض تلك الاعاقات تتشابه مع أعراض اضطراب طيف التوحد.
- وجود فروق فردية بين الأطفال التوحديين، والتي تظهر في مجالات الذكاء والانتقائية الذاتية للمثير، وفي سلوك إيذاء الذات والمخاوف والاضطرابات العضوية ذات الصلة (الزريقات، 2004).
- عدم توفر الاختبارات والمقاييس السيكومترية والأدوات الخاصة لتمييز الطفل التوحدي حتى الآن، وخاصة في العالم العربي، حتى اختبارات الذكاء المعروفة من الصعب تطبيقها على حالات التوحد بسبب ما يسببه الاضطراب من عجز في الاتصال الاجتماعي واللغوي، وغير ذلك من العوامل التي تعرقل عمليات القياس والتشخيص.
- عدم توفر الامكانيات البشرية والعلمية والمادية المناسبة، حيث يتطلب تشخيص اضطراب التوحد كادراً مؤهلاً في هذا المجال من مختلف الاختصاصات الطبية والتربوية والنفسية..، بالإضافة إلى التكاليف الباهظة التي تعود لتعدد الأخصائيين المشاركين في التشخيص ولخصوصية اضطراب طيف التوحد (Marcus, Flagler, & Robinson, 2001).
- الصعوبة التي يواجهها الطبيب العام في التعرف على الخصائص والصفات الدقيقة لاضطراب التوحد- كونه الشخص الأول الذي يقوم الوالدين بمراجعته- وبالتالي يقيم الوضع على أساس أنه مشاكل نمو عابرة أو بسيطة (جبر، 2007).

يوجد هناك بعض أوجه التشابه بين اضطراب طيف التوحد والإعاقات والاضطرابات الأخرى، مما يتوجب علينا أن نكون أكثر وعياً ودقةً عند تشخيص واستكشاف أي مشكلة عند الطفل قبل ان نقوم بتشخيص التوحد (South, et al., 2005).

وهنالك الكثير من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يكون لديهم تدني في القدرات العقلية، وضعف في التواصل اللفظي، وحتى الاطفال ذوي الذكاء المرتفع لديهم قدرات مختلفة، فالفجوة بين المهارات الوظيفية و العقلية والتكيفية غالبا ما تكون كبيرة، وقد يظهر العجز الحركي بما في ذلك المشي بطريقة غير طبيعية مثل (المشي على أطراف الأصابع)، والإيذاء الذاتي مثل (عض اليد)، وتعتبر السلوكيات التخريبية هي الأكثر شيوعا عند الأطفال والمراهقين ذوي

اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات الأخرى، بما في ذلك الإعاقة العقلية، بينما يكون المراهقين والبالغين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد عرضة للقلق والاكتئاب، ومن الممكن للأفراد الذين يعانون من الاضطراب أن تظهر لديهم علامات تدهور ملحوظ في المهارات الحركية (DSM V,2013).

ومازال تشخيص اضطراب طيف التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه المهنيين، وسبب ذلك هو أن خصائص التوحد غالباً ما تشبه الاضطرابات الأخرى، ولذلك يجب الحصول على معلومات دقيقة لكي يتم تشخيص الأفراد التوحديين وتمييزهم عن الأفراد ذوي الاضطرابات الأخرى (الخطيب والصمادي والروسان وآخرون،2009).

التشخيص متعدد المستويات (Multi-level Diagnostic Process):

تعد عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد أمراً ضرورياً و صعباً في ذات الوقت، حيث يبنى عليها عدد متتابع من الخطوات التي ترسم سير العمل مع الطفل لتقديم خدمات التربية الخاصة، تهدف هذه العملية الى التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد لدى المفحوص و ذلك بانطباق المعايير التشخيصية ونتائج الأدوات المختلفة، ويعرف القياس (Assessment) بأنه "تلك العملية التي تهدف الى جمع المعلومات بهدف اتخاذ قرارات مستقبلية متعلقة بالفرد قيد العملية" (Mclean, 2004)، ويقوم على تطبيق عملية القياس و التشخيص فريق متعدد التخصصات يهتم بجمع العديد من المعلومات التشخيصية من مصادر مختلفة.

وبالتحديد، فإن الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي (DSM V) قد اهتمت بضرورة تشخيص الأطفال قيد عملية التشخيص تشخيصاً دقيقاً ومتعدد المستويات وذلك وفقاً للمستويات الثلاثة التالية:

1. **محكات التشخيص** : والتي توضح طبيعة الأعراض ونوع المشكلات وشروط التضمين والاستثناء (الجدول رقم 2).
2. **محكات التحديد** (Specifiers): وهي شروط تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة (الجدول رقم 4).
3. **محكات تحديد مستوى الشدة** (Severity Levels): وهي المحكات التي تحدد بناء عليها شدة الاضطراب وفقاً لجملة الأعراض السلوكية في بعدي (محكي) التواصل الاجتماعي و السلوكيات النمطية (الجدول رقم 5) (DSM V, 2013).

وعليه فإن عملية التشخيص تسير وفقا للمستويات التالية:

- **المستوى الأول: المحكات التشخيصية**

يتضمن المستوى الأول من عملية التشخيص التأكد من مدى انطباق معايير (محكات) التشخيص، والتي تتضمن جملة من الأعراض السلوكية الموزعة على بعدين (بدلاً من ثلاثة أبعاد)

أساسيين هما : (1) بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي و (2) بعد السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة والمحدودة (DSM V, 2013)، حيث تشترط المعايير الجديدة انطباق الأعراض التشخيصية الثلاثة ضمن بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي، وانطباق اثنين على الأقل من الأعراض التشخيصية ضمن بعد السلوكيات النمطية، ليكون بذلك مجموع الأعراض التي تؤدي بانطباقها إلى تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد هو خمسة أعراض من أصل سبعة (5 out of 7) متضمنة في المعايير التشخيصية ويوضحها الجدول رقم (2) .

كما أن المعايير التشخيصية في هذا المستوى لا تشترط مدى عمرياً محدداً لظهور الأعراض التشخيصية، وإنما تشترط ظهور هذه الأعراض أو اكتمال ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة إلى (عمر 8 سنوات)، كما وأن هذه المعايير تشترط احتساب الأعراض السلوكية التي ظهرت سابقا ومن ثم اختفت لاحقا ولا تظهر لدى الطفل قيد التشخيص حاليا ضمن محكات تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد.

وبالإضافة لما سبق، فإن المعايير التشخيصية في هذا المستوى تشترط وجوب تأثر أداء الفرد الوظيفي اليومي بفعل تلك الأعراض السلوكية لتكون بذلك معيقة لتفاعله اليومي المستقل، كما أنها لا تنفي مصاحبة الاضطراب للإعاقة العقلية إلا أنها تشترط أن لا تكون الأعراض السلوكية التشخيصية ناتجة عنها بل مصاحبة لها (أي وجودهما معاً ضمن الفرد) (الجدول رقم 2).

الجدول رقم (2)

المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي – المستوى الأول

(أ) قصور (عجز) دائم في التواصل الاجتماعي و التفاعل الاجتماعي والذي يظهر في عدد من البيئات التي يتفاعل عبرها الفرد، والمعبر عنه بما يلي سواء كان ذلك القصور معبر عنه حاليا أم أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد (الأمثلة الواردة هنا هي توضيحية وليست حصرية):

1. قصور (عجز) في التفاعل الاجتماعي- الانفعالي المتبادل و الممتد، على سبيل المثال، من وجود منحى (نهج) اجتماعي غير عادي و فشل في إنشاء محادثات تبادلية (ذهابا وإيابا) عادية؛ إلى نقص في القدرة على مشاركة الاهتمامات و المشاعر أو العواطف (الوجدان)؛ إلى الفشل في البدء (المبادرة) بالتفاعل الاجتماعي أو الاستجابة للمبادرات الاجتماعية.
2. قصور (عجز) في السلوكيات التواصلية غير اللفظية و المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، و الممتدة، على سبيل المثال، من الفقر في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية و غير اللفظية المدمجة في التفاعل الاجتماعي، إلى القصور في التواصل العيني وتوظيف لغة الجسد أو القصور في فهم و استخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي، إلى النقص الكلي في القدرة على توظيف تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي.
3. قصور (عجز) في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية و المحافظة على استمراريتها و فهم معانيها و الممتد، على سبيل المثال، من الصعوبات في تكييف أنماط السلوك لتتناسب مع المواقف الاجتماعية المختلفة، إلى الصعوبات في القدرة على مشاركة اللعب التخيلي (الإيهامي) أو إقامة الصداقات، إلى غياب الاهتمام بالرفاق.

(DSM V, 2013)

وأخيراً، فإن المعايير التشخيصية توضح أن انطباق الأعراض السلوكية في البعد الأول فقط دون انطباقها في البعد الثاني يجعل الطفل قيد عملية التشخيص مؤهلا لأن يتم تشخيصه بفئة جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي (الجدول رقم 3).

الجدول رقم (3)
المحكات التشخيصية الخاصة بفئة اضطراب التواصل الاجتماعي كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي

د. **صعوبات دائمة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي والذي يعبر عنه بانطباق كل مما يلي:** 1. العجز (القصور) في استخدام التواصل بغية تحقيق أهداف اجتماعية، مثل تحية الآخرين ومشاركتهم المعلومات وبصورة تتناسب مع السياق الاجتماعي. 2. الاعتلال في القدرة على تغيير التواصل ليلاءم محتوى السياق الاجتماعي أو احتياجات المستمع، مثل التحدث بصورة مختلفة في الغرفة الصفية مقارنة بساحة الألعاب، التحدث بصورة مختلفة لطفل مقارنة بشخص بالغ، و تجنب الاستخدام الزائد عن اللزوم للغة الرسمية . 3. صعوبات إتباع القواعد الخاصة بالمحادثات (الحوارات) و إلقاء القصص، مثل تبادل الأدوار أثناء الحديث، وإعادة صياغة الكلام بطرق مختلفة عند عدم فهم الطرف الآخر لما يتم قوله، ومعرفة كيفية استخدام الإشارات اللفظية وغير اللفظية بهدف تنظيم التفاعل الاجتماعي. 4. صعوبات في فهم المعاني الضمنية (غير المعلنة) لما يتم قوله أو فهم المعاني غير الحرفية أو الغامضة لمعاني اللغة (مثل الأمثال، والنكات، والاستعارات). **ب. ضرورة أن تؤدي هذه الاعتلالات إلى محددات وظيفية في القدرة على التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية، والتحصيل الأكاديمي، أو الأداء الوظيفي، سواء كان ذلك منفردا أو مجتمعا.** **ج. وجوب ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة (إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي مستوى القدرات، أو قد تكون محتجبة بفعل استراتيجيات التعلم في مراحل العمر المتأخرة).** **د. إن هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها كنتيجة لاضطراب طبية أو عصبية أخرى أو في انخفاض القدرة في بناء الكلمات أو قواعدها، كما أن هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها أيضا نسبة إلى اضطراب طيف التوحد أو الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية)، أو التأخر النمائي، أو أية اضطرابات عقلية أخرى.** (DSM V, 2013)

<u>المستوى الثاني: محكات التحديد:</u>

توجب المعايير التشخيصية للطبعة الخامسة من الدليل في مستواها الثاني على الفاحصين ضرورة تحديد ما إذا كان الاضطراب مصحوبا باضطرابات أخرى مصاحبة له دون أن تكون هي المسببة لظهور الأعراض السلوكية التي استخدمت لتشخيص اضطراب طيف التوحد

(الجدول رقم 4). كما أن المعايير الجديدة تشترط في المشخص المعرفة التامة بالمحكات والمعايير التشخيصية الخاصة بهذه الفئات المتقاطعة كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي.

الجدول رقم (4)
محكات التحديد الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي

للمشخصين، حدد:
1. وجود أو عدم وجود اعتلالات (اضطرابات) عقلية مرافقة لاضطراب طيف التوحد.
2. وجود أو عدم وجود اعتلالات (اضطرابات) لغوية مرافقة لاضطراب طيف التوحد.
3. الترابط مع حالة طبية أو جينية أو عوامل بيئية معروفة .
4. مصاحبة الاضطراب لأية اضطرابات عصبية- نمائية، أو عقلية، أو سلوكية .
5. مصاحبة الاضطراب للكتا تونيا (Catatonia) .

الاعتبارات التنظيمية في تشخيص اضطراب طيف التوحد:

هناك عدد من الاعتبارات والضوابط يتوجب على المشخصين مراعاتها عند تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

1- أن يقوم على عملية التشخيص فريق متعدد التخصصات: كالأخصائي النفسي،أخصائي الأعصاب، طبيب الأطفال، أخصائي العلاج الطبي، أخصائي العلاج المهني، أخصائي التواصل، وطب نفس الأطفال ومعلم التربية الخاصة وغيرهم، وأهم مجالات القياس لهم في المجال النفسي والتواصلي السلوكي.
2- التركيز على المجالات النمائية والوظيفية المتعددة، لتشمل قدراتهم الحالية (المهارات الإدراكية، والتواصلية)، والأداء السلوكي مهارات السلوك التكيفي في المواقف الحياتية اليومية.
3- الاهتمام بالنموذج النمائي في التشخيص لوجود الإعاقة العقلية لدى أغلبية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
4- مراعاة الاختلاف بين المواقف أثناء عملية التشخيص، وذلك أن سلوك الطفل يختلف من موقف إلى آخر تبعاً لطبيعة الموقف والمثيرات المحبطة.
5- استخدام وسائل تشخيصية بناءاً على المعرفة العلمية والخبرة والحكم الإكلينيكي للمختص وضرورة ملائمتها لخصائص واحتياجات الطفل الفردية.

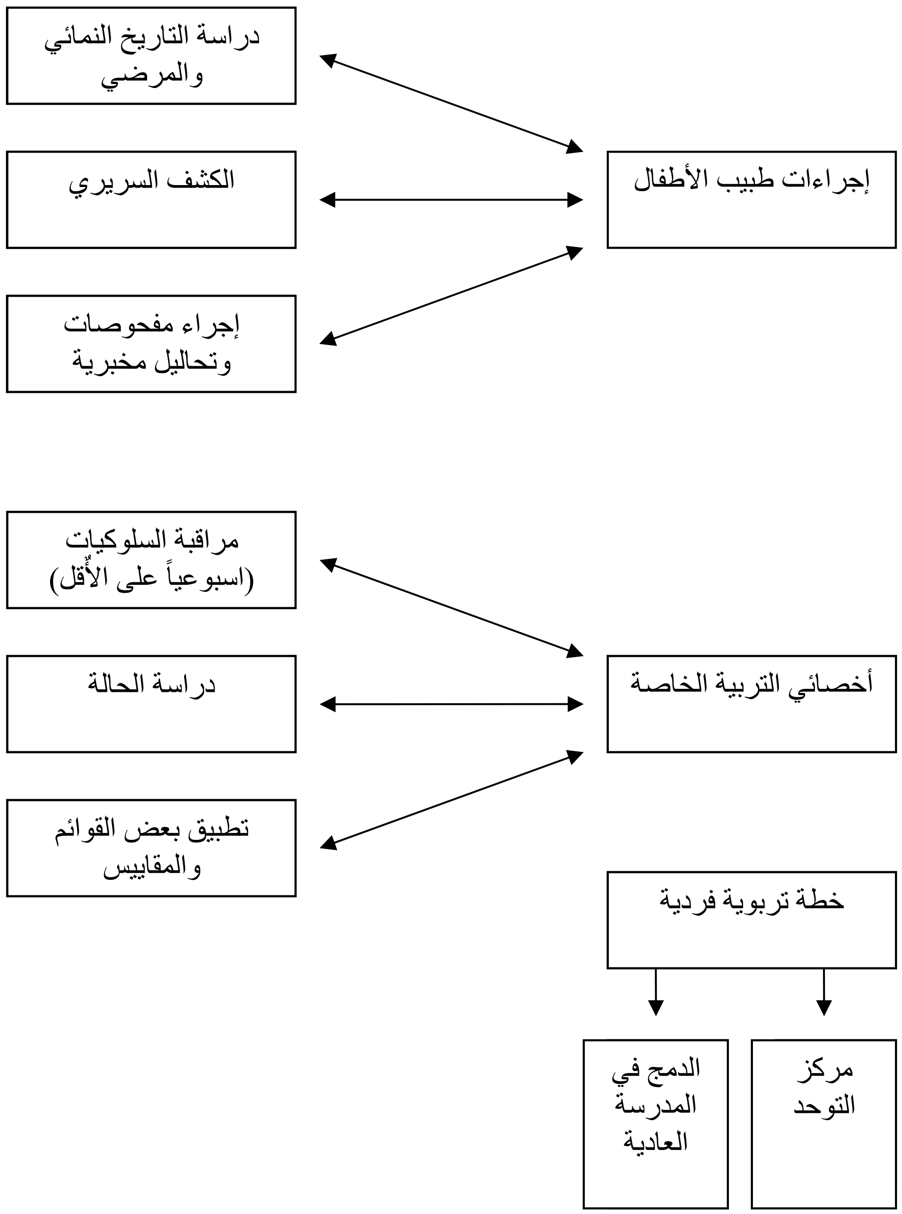
6. أهمية اشتراك أسرة الطفل في إجراءات التشخيص لتوفير الكثير من المعلومات والملاحظات حول الطفل وسلوكياته.
7. التناسق والتناغم في التقرير النهائي للتشخيص لكل عضو من أعضاء الفريق، حيث يصاغ بأسلوب يسهل فهمه وارتباطه مع متطلبات الحياة اليومية وقابلية تعلمه.
8. استمرارية التواصل المباشر بين أعضاء فريق التشخيص، لزيادة فعالية برنامج التدخل المستخدمة مع الطفل ومتابعة تقدم الطفل وتطوره (الجلامده، 2014).

لابد من أن تكون عملية القياس والتشخيص منظمة وفق منهجية واضحة لتشمل على مجموعة من التقييمات المهمة مثل:

- تشخيص التوحد وفق المقاييس الخاصة والمقننة: باستخدام المقاييس مثل جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Observation Schedule)، والمقابلات التشخيصية للتوحد (the Autism Diagnostic Interview)، ومقياس تقدير التوحد الطفولي (The Childhood Autism Rating Scale, CARS).
- التشخيص المعرفي: باستخدام مجموعة متنوعة من الاختبارات المختلفة بالاعتماد على عمر الطفل مثل اختبارات وكسلر، وعندما يكون من الصعب تطبيق الاختبار المباشر يتم استخدام مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي (Vineland Adaptive Behavior).
- التشخيص اللغوي: باستخدام مجموعة متنوعة من الاختبارات المتاحة بالاعتماد على عمر الطفل وقدراته، من المهم أن يشمل التقييم اللغوي على الفهم والتعبير والاستخدام العلمي للغة، ومهارات التواصل، وتقييم اللعب، واللغة الداخلية، أو القدرة الإبداعية.
- التشخيص الجسدي والطبي: يجب أن يخضع كل طفل لفحص طبي شامل من تقييم حدة البصر والسمع، والطول والوزن ومحيط الرأس، وطبيعة الأكل والنوم لدى الطفل، فحص عصبي كامل، لمعرفة فيما إذا كان يُعاني من صرع أو أي نوبات، تشخيص عصبي، الاختبارات الجينية، التصوير بالرنين المغناطيسي، والتصوير الطبقي، الفحص الروتيني للقناة الهضمية، ومستويات الفيتامين، ووظائف التمثيل الغذائي.
- تقييم السلوك والصحة العقلية: يشمل تقييم الأعراض السلوكية والنفسية مثل القلق، واضطراب المزاج، والوسواس القهري، التشنجات اللاإرادية... الخ.
- عمل الأسرة: تقييم الاحتياجات ومواطن القوة في أفراد الأسرة، وهو مهم لتطوير إستراتيجية التدخل المناسبة والناجحة.

والهدف من هذا التشخيص هو معرفة هل لدى الطفل اضطراب طيف التوحد (ASD)، كما أن هذا التقييم الشامل يساعد في التدخل وتقديم البرنامج المناسبة لاحتياجات الطفل (Autism Europe, 2013).

وتشير(الجلامده، 2014) إلى الإجراءات الأساسية في تشخيص حالات اضطراب طيف التوحد هي كالاتي : شكل رقم (1)



المحور الثاني: الدراسات السابقة:

فيما يأتي عرض موجز لأهم الدراسات السابقة التي تم إجراؤها في مجال الدراسة الحالية ، وسيتم عرض الدراسات بشكل تسلسلي من الأحدث إلى الأقدم منها، وما هي إجراءات تلك الدراسات ونتائجها .

الدراسات العربية: لم يجد الباحث من خلال الاطلاع على الادب السابق اية دراسات عربية اهتمت بمدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) .

الدراسات الأجنبية: هناك العديد من الدراسات اهمها :

قامت بيغلي وماتسون وريسكي وسيرفانتس وجولدن ويانغ (Beighley, Matson, Rieske, Cervantes, Goldin& Jang, 2014) بدراسة في الولايات المتحدة هدفت التعرف إلى الفروق في الخصائص السلوكية لدى البالغين من ذوي اضطرابات الطيف التوحدي باستخدام (DSM-IV-TR) و(DSM V)، وتكونت عينة الدراسة من (51) من البالغين ممن يعانون اضطراب الطيف التوحدي، ولتحقيق هدف الدراسة، تم استخدام (DSM-IV-TR) و(DSM-V) لتشخيص الخصائص السلوكية لدى أفراد العينة، وأظهرت النتائج أن (DSM-V) كانت أكثر قدرة على ملاحظة الخصائص السلوكية المتكررة لدى البالغين ممن يعانون اضطراب الطيف التوحدي مقارنة باستخدام (DSM-IV-TR).

وهدفت دراسة يونغ ورودي (Young &Rodi, 2014) في أستراليا إلى الكشف عن قدرة (DSM V)في الكشف عن السلوكيات المختلفة لدى الأفراد من ذوي اضطراب الطيف التوحدي. وتكونت عينة الدراسة من (210) من أفراد الطيف التوحدي، اضطراب متلازمة اسبر جر، الاضطرابات النمائية، ولتحقيق هدف الدراسة، تم استخدام المعايير المتضمنة في (DSM V) لتحديد السلوكيات المختلفة. كشفت نتائج الدراسة أن معايير (DSM-IV-TR) لم تكن قادرة على الكشف عن السلوكيات الاجتماعية لدى أفراد الطيف التوحدي مقارنة مع (DSM V).

وقامت بينت وآخرون (Bennett, Szatmari, Georgiades, Hanna, Janus, Georgiadws, Duku, & et al., 2014) بدراسة في كندا هدفت التعرف إلى قدرة معايير (DSM V) في الكشف عن الضعف اللغوي والكفايات الاجتماعية لدى طلبة اضطراب طيف التوحد في مرحلة الروضة، تكونت عينة الدراسة من (330) طالباً وطالبة اختيروا عشوائياً في عدد من الروضات، ولتحقيق هدف الدراسة، أُستخدم معايير (DSM V) في جمع البيانات. أظهرت

نتائج الدراسة أن معايير (DSM V) كانت قادرة على تقديم تشخيص دقيق للضعف اللغوي والكفاية الاجتماعية لدى طلبة اضطراب طيف التوحد في مرحلة الروضة.

وأجرى طاهري وبيري وفاكتور (Taheri, Perry & Factor, 2014) دراسة في كندا هدفت التحقق من التطبيقات العملية لمعايير (DSM V) على طلبة اضطراب طيف التوحد، تكونت عينة الدراسة من (22) من أفراد اضطراب طيف التوحد، تم استخدام معايير اضطراب طيف التوحد في تحديد القدرات المعرفية ومهارات التكيف. كشفت نتائج الدراسة أن (55%) من العينة المشخصة باستخدام معايير (DSM V) أظهرت اضطرابات طيف التوحد وهذا يتضمن (69%) من أولئك المشخصين باستخدام (DSM-4). كشفت نتائج الدراسة أن معايير (DSM V) كانت قادرة على تحديد حدة اضطراب الطيف التوحدي، انخفاض مستوى الذكاء العام وانخفاض مستوى سلوكيات التكيف الاجتماعي مقارنة مع معايير (DSM-4).

وقام كولاج وسمالدون وكوهن (Kulage, Smaldone & Cohn, 2014) بدراسة تحليلية ممنهجة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت التعرف إلى أثر استخدام معايير (DSM V) على تشخيص اضطراب طيف التوحد. تكونت عينة الدراسة من (14) دراسة سابقة تم الحصول عليها بالرجوع إلى مجموعة من قواعد البيانات التربوية والنفسية. وتمّ إجراء تحليل على الدراسات السابقة حيث أظهرت نتائج الدراسة أن هناك انخفاض في مستوى تشخيص اضطراب طيف التوحد المبني على استخدام معايير (DSM V). كشفت النتائج وجود فروق في مستوى تشخيص اضطراب طيف التوحد بين معايير (DSM V) و(DSM-4) ولصالح معايير (DSM-4). كشفت ايضاً أن هناك انخفاض في مستوى تشخيص اضطراب متلازمة اسبر جر عندما يتم استخدام معايير (DSM V).

وقامت بيجلي وماتسون (Beighley & Matson, 2014) بدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت التعرف إلى الفروق التشخيصية للمهارات الاجتماعية لدى أطفال ومراهقي اضطراب طيف التوحد بين معايير (DSM V) و(DSM-4). تكونت عينة الدراسة من (205) من الأطفال والمراهقين المشخصين لاضطراب طيف التوحد. وتم استخدام مؤشرات المهارات الاجتماعية في معايير (DSM V) و(DSM-4). كشفت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين معايير (DSM V) و(DSM-4) في تشخيص العيوب في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال والمراهقين من ذوي اضطراب طيف التوحد.

وهدفت دراسة سيبس وماتسون (Sipes & Matson, 2014) في الولايات المتحدة الأمريكية إجراء بناء عاملي لاضطراب طيف التوحد لدى الأطفال باستخدام معايير (DSM V) و(DSM-4). استخدمت الدراسة المنهجية العاملية التحليلية حيث تمّ إجراء تحليل عاملي على معايير (DSM V) و(DSM-4) وأظهرت نتائج الدراسة أن كل من معايير (DSM V) و(DSM-4) تتكون من ثلاثة مجالات رئيسية وأن من الأفضل تقسيم المعايير في كلا النسختين إلى مجالين فقط.

وقام جودبيرغ وونجروهلبرن وباردیس وكلفوزن بوكسبيوم (Godberg, Weinger, Halpern, Parides, Kolevzon, & Buxbaum. 2014) بدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت التعرف إلى حساسية وتفصيلية معايير (DSM V) في تحديد الوضع العقلي لدى أفراد اضطراب طيف التوحد. تكونت عينة الدراسة من (42) من الأفراد من ذوي اضطرابات طيف التوحد اختيروا عشوائياً. وتم إجراء تحليل للخصائص السيكو مترية للمقياس إذ أشارت نتائج الدراسة أن مستوى الحساسية للمعايير بلغت (0.91) بينما بلغ مستوى التفصيلية (0.93).

وأجرت بارتون وروبنز وجاشار وبرينن وفين (Barton, Robins, Jashar, Brennan & Fein, 2013) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت تقييم قائمة معايير(DSM - V) في القدرة على الكشف عن السلوكيات لدى الأطفال من ذوي اضطراب الطيف التوحدي. تكونت عينة الدراسة من (422) من أطفال الطيف التوحدي اختيروا بالطريقة العشوائية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى حساسية قائمة معايير(DSM V) قد بلغت (0.93) مما يعني أنها قادرة على تحديد مجموعة كبيرة من السلوكيات لدى أطفال اضطراب الطيف التوحدي. أظهرت النتائج انخفاض مستوى قدرة قائمة معايير(DSM V) في تحديد المشكلات السلوكية الاجتماعية لدى أطفال اضطراب الطيف التوحدي.

هـذا وقـد قـام كينـت وكـارنجتون وكوتروقولـد وونـج وملجـرس ونـونس وليكـام (Kent, Carrington, Couteur, Gould, Wing, Malijaars, Noens Berckelaer-Onnes, & Leekam, 2013) بدراسة في المملكة المتحدة هدفت التعرف إلى استخدامات معايير (DSM V) في تشخيص اضطراب طيف التوحد. تكونت عينة الدراسة من (387) من أفراد اضطراب طيف التوحد اختيروا عشوائياً. وتم استخدام معايير (DSM V) للكشف عن حساسيتها وصدقها وثباتها. كشفت نتائج الدراسة أن مستوى الحساسية التشخيصية لمعايير (DSMV) كانت مرتفعة. كما وبينت النتائج أن مستوى التفصيلية لمعايير (DSM V) كانت مرتفعة.

وهـــدفت دراســـة بيغلـــي وماتـــسون ورايـــسكي وجـــانغ وســـيرفانتس وجولـــدن (Beighley, Matson, Rieske, Jang, Cervantes &Goldin, 2013) فـي الولايـات المتحدة هدفت إلى مقارنة معايير (DSM-IV) و(DSM V) في القدرة على الكشف عن المشاكل السلوكية لدى الأطفال المراهقين من ذوي اضطراب الطيف التوحدي. وتكونت عينـة الدراسة من (459) طفلاً ومراهقاً من ذوي اضطراب الطيف التوحدي اختيروا بالطريقة العشوائية. ولتحقيق هدف الدراسة، تم ملاحظة الأطفال والمراهقين أفرادعينـة الدراسة باستخدام معـايير (DSM-IV) و (DSM V) أشـارت نتـائج الدراسـة أن قائمـة معـايير(DSM V) كانـت أكثـر قـدرة علـى تـشخيص المشاكل السلوكية لدى الأطفال والمراهقين من ذوي اضطراب الطيف التوحدي.

وقام كل من تيرجن وماتسون وادمزوبيلفا (Turygin, Matson, Adams &Belva, 2013) بدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت الكشف عن أثر استخدام معايير(DSM V) في تحديد السلوكيات والقدرة على التكيف لدى الأطفال ذوي اضطراب الطيف التوحدي. تكونت عينة الدراسة من (142) من الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب الطيف التوحدي اختيروا بالطريقة العشوائية. ولتحقيق هدف الدراسة، أُستخدمت قائمة معايير(DSM V). أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في التشخيص بين استخدام معايير (DSM-IV) و(DSM - V) في تشخيص الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب الطيف التوحدي. كشفت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في تحديد الخصائص السلوكية والقدرة على التكيف السلوكي لدى الأطفال باستخدام معايير (DSM-IV) و(DSM V).

وحاولـــــت دراســـــة ماتـــــسون وكوزلويـــــسكي وهاتيروهوروفتزوســـــايبس (Matson, Kozlowski, Hattier, Horovitz &Sipes, 2012) في الولايـات المتحـدة الأمريكية التعرف إلى مستوى انتشار التوحد والسلوكيات المرتبطة بهذا الاضطراب لدى الأطفال ومقارنة معايير (DSM-IV) و(DSM V) في تشخيص سلوكيات اضطراب الطيف التوحدي. تكونـت عينـة الدراسـة مـن (2721) طالبـاً اختيـروا بالطريقـة العـشوائية. وتـم اسـتخدام قائمـة معايير (DSM-IV) و (DSM V) لتحديد مدى قدرتها في الكشف عن الخصائص السلوكية لدى أطفال اضطراب الطيف التوحد. كشفت نتائج الدراسة أن معايير (DSM V) كانت أكثر قدرة على الكشف عن الخصائص السلوكية لدى أطفال طيف التوحد مقارنة مع معايير(DSM-IV).

كما هدفت دراسة كل من مهجوري ولورد (Mahjouri & Lord, 2012) في الولايات المتحدة الأمريكية التعرف إلى التطبيقات التشخيصية والعلاجية لمعايير (DSM V) في تشخيص وعلاج أفراد اضطراب طيف التوحد. استخدمت الدراسة المنهجية الوصفية التحليلية الناقدة القائمة

على مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة من خلال الرجوع إلى عد من قواعد البيانات التربوية والنفسية. كشفت نتائج الدراسة إلى أنه ليس هناك أي مؤشرات إحصائية مرتبطة بالخصائص السيكو مترية لحساسية وتفصيلية معايير (DSM V) في تشخيص وعلاج اضطراب طيف التوحد.

وفي دراسة بيري وكونديلاك وفريمان ودن وبيلر (Peery, Ccondillac, Freeman, Dunn,Geier, and Belair , 2005) التي هدفت إلى اختبار قدرة المقياس التشخيصية بالمقارنة مع تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الرابع(DSM-IV)، واختبار قدرة المقياس التميزية لاضطراب التوحد ضمن خمسة مجموعات وهي : الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة والإعاقة العقلية والتأخر النمائي وأخرى، وتكونت العينة من (274) طفلا تراوحت أعمارهم (2-6) سنوات، حيث أشارت النتائج إلى التوافق الكبير بين نتائج تشخيص المقياس مع تشخيص (DSM-IV)، كما أظهرت النتائج قدرة المقياس على تمييز اضطراب طيف التوحد عن الاضطرابات الأخرى، بالإضافة إلى قدرته على تحديد شدة ودرجة الاضطراب .

وقام كل من ساوث واوزنوف مكماهو (South, Ozonoff, McMaho. 2005) بدراسة هدفت إلى تحديد مدى توافق السلوك النمطي التكراري لكل من متلازمة أسبر جرAS والتوحد ذوي الأداء العالي HFA مع معايير التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR) وذلك على 19 طفلاً من متلازمة أسبر جر و 21 طفلاً توحدياً من ذوي الأداء العالي و 21 طفلاً من ذوي السيطرة التطورية النمطية (TD).

وقد أظهرت الدراسة بأنه لا يوجد اختلاف جوهري بين (AS) و (HFa) في السلوك النمطي التكراري كما كان هذا السلوك متوافقاً مع مجال السلوكيات النمطية لمعايير التوحد في (DSM-IV-TR) حيث بلغ الاتساق الداخلي لمعاملات ألفا إلى 0.84.

وأجرى رينيلي وتورتولاني وتريلو وكاربوني ومونتيش (Rellini, Tortolani, Trillo, Carbon &Monrecchi, 2004). دراسة هدفت إلى معرفة مدى توافق خصائص الأطفال التوحديين الذين شخصوا وفقاً لكل من مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) وقائمة السلوك التوحدي (ABC) مع معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية-الطبعة الرابعة (DSM-IV) في كشف وتشخيص التوحد وذلك على 65 طفلاً بعمر 18 شهر إلى 11 سنة وقد أظهرت النتائج أن هناك توفقاً كاملاً بين معايير (DSM-IV) ومقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) في كشف وتشخيص هؤلاء الأطفال كما أظهرت الدراسة أن قدرة قائمة التوحدي (ABC) ضعيفة في تمييز الأفراد ذوي اضطراب التوحد عن الحالات الأخرى للاضطرابات

النمائية الشاملة (PDD) كما تبين أن الأخطاء (ABC) في كشف وتشخيص التوحد كانت عالية حيث بلغت (46%) مقابل 0% (CARS) حسب معايير (DSM-IV).

وهدفت دراسة كلين وكيكت و فولكمار (Klin, Cicchett&Volkmar, 2000)إلى التحقق من مدى فعالية الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (DSM-IV) في تحديد خصائص التوحد وقدرتها في تمييز التوحد عن الاضطرابات والإعاقات الأخرى باختلاف الأعراق والثقافات والبيئات وقد شملت عينة الدراسة 977 فرداً اختيروا من أماكن مختلفة من العالم (أمريكا الشمالية، وأوروبا، وإفريقيا، الشرق الأوسط وأسيا) والذين قيمت حالتهم إكلينيكياً من قبل عدة مختصين على النحو التالي (405) شخصوا بالتوحد والاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى و (240) شخصوا باضطرابات اللغة والكلام (280) شخصوا بالإعاقات العقلية وقد توصلت الدراسة إلى إن قدرة (DSM-IV) على تحديد خصائص التوحد وتشخيصه أفضل بكثير من التشخيص السريري (الإكلينيكي) التقليدي وكانت نتائج ثبات (DSM-IV) أعلى من ثبات المقاييس والاختبارات التي اعتمدت التشخيص السريري وتبين من الدراسة أن (DSM-IV) له قدرة عالية في التمييز بين التوحد والاضطرابات والإعاقات الأخرى كما أن معاييره لا تتأثر باختلاف الأعراق والثقافات والبيئات.

وفي دراسة سبونهم (Sponheim, 1996) التي هدفت إلى المقارنة بين معايير الكشف عن التوحد في كل من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (DSM-IV) والدليل العاشر للأمراض العقلية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD, 10) مع الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الطبعة الثالثة (DSM-III) ومقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) وقائمة السلوك التوحدي (ABC).تألفت عينة الدراسة من (132) طفلاً قسموا إلى عشرة مجموعات تبعاً للمناطق التي اختيروا منها وقد أظهرت النتائج أن خمس مجموعات من أصل عشر مجموعات لديها اضطرابات نمائية شاملة (PDD) إضافة لظهور فروق دالة بنفس المجموعة، وأشارت النتائج أيضاً لوجود فروق ذات دلالة بين مجموعة اضطرابات النمائية الشاملة (PDD) والمجموعة التي لا تعاني من (No- PDD) من خلال التي تم الحصول عليها، كما أظهرت النتائج بأن قدرة (ICD-10) في تصنيف حالات التوحد أدنى من قدرة (DSM-IV) لكنها كانت أكثر دقة في تمييز الأطفال التوحديين من اضطراب الطفولة التفككي ومتلازمة اسبر جر والتوحد النمطي وتبني أن اضطراب ريت (Rett) يمكن اعتبارها اضطراباً عصباً وأن أفضل المعايير في تصنيف أشكال التوحد هي (ICD, 10) (DSM-IV).

كما أجرى جليجام دراسة هدفت (Gilliam, 1995) إلى تطوير مقياس مقنن لتشخيص التوحد والاضطرابات السلوكية الحادة، اعتمد المقياس على الخصائص والمعايير التي ذكرت في دليل الجمعية الأمريكية للتوحد عام (1994)، وكذلك في الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية- الطبعة الرابعة، تكونت عينة الدراسة من (1092) طفلاً توحدياً، تتراوح أعمارهم من (3- 22) سنة، تألف المقياس من (3) أبعاد رئيسية هي: السلوك النمطي وعدد فقراته (14) فقرة، التواصل وعدد فقراته (14) فقرة، التفاعل الاجتماعي وعدد فقراته (14) فقرة، إضافة إلى (14) سؤال ضمن استجابة (نعم/ لا) يجيب عليها والدا الطفل أو المعلم المسئول عنه، وتتم الإجابة على الأبعاد الثلاثة الأولى ضمن (4) تقديرات هي: (مطلقاً- نادراً- أحياناً- دائماً)، وقد توفرت دلالات صدق للمقياس بأسلوب تحليل الفقرات لكل بعد، وأن الفقرات الخاصة كانت قادرة على تمييز اضطراب التوحد، وتوفرت له أيضاً دلالات عن صدق التلازمي للمقياس مع قائمة السلوك التوحدي (ABC) بمعاملات ارتباط عالية (0.92)، كذلك توفرت للمقياس دلالات ثبات بطريقة الاتساق الداخلي كرونباخ الفا (0.90) للاضطرابات النمائية، واعتبرت الدراسة أن معاملات الثبات العالية دليل على قوة وقدرة المقياس على تشخيص حالات التوحد، كما توفر للمقياس درجات معيارية قننت على عينة (1092) طفلاً توحدياً، وتراوحت درجة المقياس ما بين (1- 19) للأبعاد الفرعية وما بين (69- 131) تعطي تحديد ضمن (7) مستويات (منخفض جداً- منخفض- أقل من المتوسط- متوسط- مرتفع- مرتفع جداً).

و قام ليكوتر وروتر(Le couteur&Rutter, 1989) بدراسة هدفت إلى تطوير أداة مقابلة لتشخيص حالات التوحد اعتماداً على معايير تشخيص اضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الثالثة (DSM-II-TR) وتتكون المقابلة من (93) فقرة تركز على (3) مجالات وظيفية هي التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي والسلوك النمطي والاهتمامات المحددة، ويحتاج تطبيق المقابلة مدة زمنية تتراوح من (1.5- 2.5) ساعة، تكونت عند الدراسة من فئة أطفال ذوي اضطراب التوحد وفئة أطفال معاقين عقلياً لعمر زمني لا يقل عن (2) سنة وعمر عقلي لا يقل عن (1.5) سنة، وقد أشار (Lord &Rutter, 1994) بأنها أداة فاعلة في تمييز اضطراب التوحد عن الاضطرابات النمائية الشاملة وتقيس نطاق واسع من الأعراض الخاصة باضطراب التوحد، وأشارت نتائج الصدق التمييزي بين المجموعات المتباينة أن هناك (15) طفلاً توحدياً و(15) طفلاً عادياً، وبأن درجة الصدق كانت عالية في التمييز بين أداء كل مجموعة من حيث المظاهر السلوكية، وكذلك أشارت نتائج الثبات إلى وجود اتساق داخلي بين فقرات المقابلة للعينة (10) أطفال توحديين و(10) أطفال ما بين إعاقة عقلية واضطرابات نطق.

هدفت دراسة سكوبلر وريجروررينر (Schopler, Reicher, & Renner,1988) إلى تطوير مقاييس تقدير التوحد الطفولي الذي يهدف إلى تشخيص الأطفال ذوي التوحد وتميزهم عن الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة، واعتمد المقياس على معايير تشخيص التوحد في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الثالثة (1987) ومعايير (Kanner) لعام 1943 و (Creak) و (Rutter) وتكونت عبر الدراسة من (1531) منهم (1160) الذكور و(371) الإناث ضمن الفئة العربة من (0- 11) سنة للأطفال ضمن (الطفل العادي، التوحد البسيط، التوحد المتوسط، التوحد الشديد)والدرجات حيث كان (أقل من 30) يقدر بدرجة بسيط إلى متوسط أما الدرجات فوق ذلك تشير إلى أن الطفل لديه توحد بدرجة شديدة، حيث توفرت دلالات الصدق التلازمي مع التقديرات الإكلينيكية بمعامل ارتباط (0.84) كما توفرت دلالات الصدق التلازمي بين تقديرات الوالدين والمعلومات عن الطالب بمعامل ارتباط (0.80).

وتوفرت دلالات ثبات المقياس محسوبة بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ الفا، حيث كان معامل الثبات (0.94) وكما توفرت دلالات ثبات المقياس بطريقة اتفاق المقيمين حيث بلغ معامل الثبات (0.71) وحسب الثبات بطريقة الإعادة حيث بلغ معامل الثبات (0.88).

أما الدرجة الكلية التي تحدد طبيعة تشخيص الحالة فقد كانت كالآتي: (15- 29.5) غير توحدي، ومن (30- 36.5) توحد من بسيط إلى متوسط، ومن (37- 60) توحد شديد.

تعقيب على الدراسات السابقة :

لاحظ الباحث بأن العديد من الدراسات استخدمت المحكات التشخيصية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية –الطبعة الخامسة (DSM V) ، في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واستناد العديد من المقاييس التشخيصية الى معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM).

ومن خلال مراجعة الدراسات السابقة ، يلاحظ ندرة الدراسات التي هدفت الى قياس مدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V) على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ،حيث وجهت معظم تلك الدراسات الى الاهتمام بالفئة نفسها من خصائص وسلوكيات، وقدرة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) بشكل عام إلى التعرف عليهم : مثل (الفروق في الخصائص السلوكية و التفاعلات الاجتماعية ، و في الكشف عن الضعف اللغوي والكفايات الاجتماعية ، و التحقق من التطبيقات العملية لمعايير (DSM V)، و تحديد القدرات المعرفية ومهارات التكيف ، و إلى استخدامات معايير (DSM V)، و إلى الفروق التشخيصية للمهارات الاجتماعية ، والتعرف إلى

حساسية وتفصيلية معايير (DSM V) في تحديد الوضع العقلي و في تحديد السلوكيات والقدرة على التكيف)، وذلك باستخدام معايير التشخيص في الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية للطبعة الخامسة والرابعة (DSM-4) و(DSM V) كما في دراسة (Beighley, et al., 2014)، ودراسة (Young &Rodi, 2014)، ودراسة (Bennett, et al. 2014)، و دراسة (Taheri, et al., 2014)، ودراسة (Kent, et al. 2013)، ودراسة (Beighley & Matson, 2014)، ودراسة (Godberg, et al., 2014)، ودراسة (Barton, et al., 2013)، ودراسة (Beighley, et al., 2013)، ودراسة (Turyginet, al., 2013)

في حين إن بعض نتائج الدراسات السابقة ، اهتمت بالمقارنة التشخيصية ما بين الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطراب العقلية في الطبعتين الخامسة والرابعة (DSM-4) (DSM V)، وأظهرت تلك النتائج إن (DSM V) كان أكثر قدرة على ملاحظة الخصائص السلوكية المتكررة لدى البالغين ممن يعانون اضطراب الطيف التوحدي مقارنة باستخدام DSM-IV-TR . في حين توصلت نتائج دراسة أخرى إلى إن معايير (DSM V) كانت قادرة على تحديد حدة اضطراب الطيف التوحدي، وانخفاض مستوى الذكاء العام وانخفاض مستوى سلوكيات التكيف الاجتماعي مقارنة مع معايير (DSM-IV). ودراسة توصلت الى وجود فروق في مستوى تشخيص اضطراب طيف التوحد بين معايير (DSM V) و(DSM-IV) ولصالح معايير (DSM-IV). و أن هناك انخفاض في مستوى تشخيص اضطراب متلازمة اسبر جر عندما يتم استخدام معايير (DSM V). وأظهرت نتائج دراسة أن كل من معايير (DSM V) و (DSM-IV) تتكون من ثلاثة مجالات رئيسية وأن من الأفضل تقسيم المعايير في كلا النسختين إلى مجالين فقط، وأشارت نتائج دراسة أن قائمة معايير (DSM V) كانت أكثر قدرة على تشخيص المشاكل السلوكية لدى الأطفال والمراهقين من ذوي اضطراب الطيف التوحدي. كشفت نتائج الدراسة أن معايير (DSM V) كانت أكثر قدرة على الكشف عن الخصائص السلوكية لدى أطفال طيف التوحد مقارنة مع معايير (DSM-IV)،و كشفت نتائج الدراسة أن معايير (DSM-IVI) لم تكن قادرة على الكشف عن السلوكيات الاجتماعية لدى أفراد الطيف التوحدي مقارنة معDSM V. كما في دراسة (Beighley, et al., 2014) ودراسة(Young &Rodi,2014)، ودراسة(Taheri, et al., 2014)، ودراسة (Kulageet, al. 2014)، ودراسة (Beighley & Matson, 2014)، ودراسة (Beighley, et al., 2013)، ودراسة (Turygin, et al., 2013).

وأظهرت نتائج معظم الدراسات السابقة، إن الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية في الطبعة الخامسة والرابعة (DSM- IV) (DSM V) يتضمن ارتفاع مستوى الحساسية

التشخيصية، و القدرة التفصيلية للمعايير في فاعلية الكشف والتشخيص للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ضمن الخصائص السلوكية، والسلوكيات الاجتماعية، وفي الكشف عن الضعف اللغوي، والكفايات الاجتماعية، والتحقق من التطبيقات العملية لمعايير (DSM - V)، وفي تحديد القدرات المعرفية، ومهارات التكيف، والفروق التشخيصية للمهارات الاجتماعية، و تحديد القدرة العقلية والسلوكيات المختلفة، والقدرة على التكيف الاجتماعي، ومعرفة حدة الاضطراب، والتمييز ما بين اضطراب طيف التوحد والاضطرابات والإعاقات الأخرى بالإضافة إلى قدرته على تحديد شدة ودرجة الاضطراب، كما في دراسة (Beighley, et al ., 2014)، ودراسة (Young &Rodi, 2014)، ودراسة (Bennett, et al., 2014)، ودراسة (Taheri, et al. 2014)، ودراسة (Kent, et al., 2013)، ودراسة (Beighley & Matson, 2014)، ودراسة (Barton, et al., 2013)، ودراسة (Godberg, et al., 2014)، ودراسة (Beighley, et al., 2013)، ودراسة (Turyginet, al., 2013).

اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (Kulage,et al., 2014) التي هدفت التعرف إلى اثر استخدام معايير (DSM - V) و(DSM –IV) على تشخيص اضطراب طيف التوحد، وأن هناك انخفاض في مستوى تشخيص اضطراب طيف التوحد المبني على استخدام معايير (DSM V)، ووجود فروق في مستوى تشخيص اضطراب طيف التوحد بين معايير (DSM V) و(DSM- IV) ولصالح معايير(DSM- IV) ، و أن هناك انخفاض في مستوى تشخيص اضطراب متلازمة اسبر جر عندما يتم استخدام معايير (DSM V)، واختلفت من حيث عينة الدراسة تكونت من (14) دراسة سابقه من مجموعة الدراسات التربوية والنفسية ،.

كما اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (Mahjouri & Lord, 2012) التي هدفت التعرف إلى التطبيقات التشخيصية والعلاجية لمعايير (DSM - V) في تشخيص وعلاج أفراد اضطراب طيف التوحد، واتفقت مع نتائج الدراسة الحالية إلى أنه ليس هناك أي مؤشرات إحصائية مرتبطة بالخصائص السيكو مترية لحساسية وتفصيلية معايير (DSM - V) في تشخيص وعلاج اضطراب طيف التوحد.

وبناء على ما سبق فقد جاءت هذه الدراسة، بتطبيق مقياساً تشخيصياً معتمداً على معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية في الطبعة الخامسة (DSM - V) ، ضمن معياريين وهما (قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي) و(أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطيه)، حيث إن معظم الدراسات السابقة لم تستخدم كلا المعياريين في عملية التشخيص على أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتعد الدراسة

الحالية من الدراسات الأولى التي تناولت مدى الانطباق ما بين معايير التشخيص في (DSM V) والطلبة الملتحقين بصفوف اضطراب طيف التوحد، في حين إن معظم الدراسات السابقة هدفت إلى التعرف على الفروق في الخصائص السلوكية والاجتماعية، وإجراء المقارنات المختلفة ما بين إصدارات (DSM) المختلفة في مدى فاعلية التعرف على خصائص اطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

هناك ندرة بالدراسات العربية التي تناولت مدى التحقق من فاعلية التشخيص لذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بالدراسات الأجنبية، من خلال معايير اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الاحصائي (DSM)، مما يجعل موضوع الدراسة الحالية ذا اهمية .

بشكل عام لم يعثر الباحث على أية دراسات تناولت المعايير المستخدمة في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومدى انطباقها مع معايير التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V)، لذا جاءت فكرة الدراسة الحالية بهدف تحديد مدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد المستخدمة في مراكز التربية الخاصة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (DSM V).

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل عرضاً للطريقة والإجراءات التي اتبعها الباحث لتحقيق أهداف الدراسة، حيث تضمن وصفاً لمنهج الدراسة، وعينة الدراسة وطريقة اختيارها، ووصفاً لمقياس المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الفعلية- الطبعة الخامسة (DSM V)، وطرائق التحقق من صدقه وثباته، والإجراءات المتبعة في تطبيق الدراسة، والمعالجات الإحصائية التي اتبعت للحصول على النتائج، وفيما يلي تفصيلاً بذلك:

أفراد عينة الدراسة:

تكون أفراد عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الملتحقين ببرنامج التوحد في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة في الأردن، الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، وعددهم (300) طفل في المحافظات التالية: (محافظة عمان، محافظة إربد، محافظة الكرك)، وقد تم اختيارهم بطريقة قصديه، والجدول رقم (5) يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغير المحافظة.

جدول رقم (5)

توزيع أفراد الدراسة حسب متغير المحافظة

المحافظة	الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد
عمان	170
إربد	90
الكرك	40
المجموع	300

والجدول رقم (6) يوضح توزيع أفراد الدراسة بالمراكز ومؤسسات الرسمية الخاصة لتطبيق أهداف الدراسة كما يلي:

جدول رقم (6)
توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمراكز تواجد الطلبة في محافظة عمان

المركز	الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد
المركز العربي للتربية الخاصة	11
القرية العربية للتربية الخاصة	15
المركز الاستشاري للتوحد	30
مركز انجاز للتوحد	11
معهد الشرق الأوسط للتربية الخاصة	13
الخزامى للرعاية والتأهيل	9
مركز عمان للتوحد	15
المركز التخصصي للتوحد	25
مركز أطلس الشرق للتوحد وتنمية القدرات	7
مركز النورس للنطق واللغة	20
مركز مبدعي التوحد	14
المجموع	170

جدول رقم (7)
توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمراكز تواجد الطلبة في محافظة إربد

المركز	الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد
مركز الأوج للتربية الخاصة	20
مركز العون الأردني للتربية الخاصة	13
مركز وسن للتربية الخاصة	12
أكاديمية إربد للتوحد والتربية الخاصة	13
البقاعي للرعاية والتأهل	11
أكاديمية الرمثا للتربية الخاصة	9
مركز البنفسج للتربية الخاصة	11
المجموع	90

جدول رقم (8)
توزيع أفراد الدراسة وفقاً لمراكز تواجد الطلبة في محافظة الكرك

المركز	الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد
مركز الدوحة للتربية الخاصة	7
مركز مؤتة للتربية الخاصة	12
مركز بسمة للتربية الخاصة	4
جمعية معاذ للتربية الخاصة	9
مركز جود للتربية الخاصة	8
المجموع	40

إجراءات تطوير الأداة:

استخدم الباحث لأغراض هذه الدراسة الأداة التالية:

اولاً : قام الباحث بترجمة مقياس محكات أو معايير اضطراب طيف التوحد الموجودة في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة (DSM V)، ومن ثم استخراج صدق الترجمة للمحكات وذلك بعرضها على ستة من أساتذة الجامعات الأردنية المتخصصين في مجال التربية الخاصة، حيث طلب منهم تقييم مدى صحة ومناسبة الترجمة ووضع التعديلات المقترحة لكل فقرة، وقد قام الباحث بإجراء تعديل على ترجمة الفقرات التي طلبها المحكمون، والملحق رقم (2) يوضح التعديلات التي تمت على ترجمة معايير (DSM V) .

ثانياً: صيغ المقياس بصورته الأولية بحيث تضمن معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الخامسة (DSM V) من (27) فقرة موزعة على مجالين هما:

1- قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي.
2- الانماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحددة والتكرارية والنمطية.

واعتمد الباحث المعايير التشخيصية الواردة في (DSM V) في فقرات المقياس كالأتي :

- ملائمة الترجمة ووضوحها .
- تجنب صياغتها بصورة تشير إلى الماضي.
- أن تكون واضحة الصياغة بعيدة عن الغموض.
- وقد تكون المقياس في صورته الأولية من (27) فقرة، وصممت الاستجابة على المقياس وفق التدريج الثنائي، كما يأتي:

- نعم، وتعبّر عن وجود المشكلة ولها (درجة واحدة).
- لا، وتعبّر عن عدم وجود المشكلة وتأخذ الدرجة (صفر).

ثالثاً: صدق المحتوى قام الباحث باستخراج دلالات الصدق وذلك بعرض المقياس على أحدعشر محكماً من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال التربية الخاصة للتأكد من مدى ملائمة الفقرات من حيث الصياغة اللغوية وانتماء كل فقرة للمجال الذي توجد فيه، وقد تم اعتماد الفقرات التي كانت نسبة الاتفاق عليها بين المحكمين أكثر من 80% بينما تم تعديل الفقرات المتبقية بناء على ملاحظات المحكمين.

وتم صياغة المقياس بصورته النهائية بحيث يكون متضمناً معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة معايير (DSM V) من (30) فقرة، تأخذ بديلين للإجابة (نعم، لا) وتتدرج على مجالين هي:

1- قصور دائم في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي.
2- الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحددة والتكرارية والنمطية.

رابعاً : ثبات المقياس فقد قام الباحث بتوزيع أداة الدراسة على عينة استطلاعية مكونة من (20) طالبا وطالبة من خارج عينة الدراسة مرتين وبفارق زمني مدته أسبوعين، ثم تم استخراج معامل (كرو نباخ الفا) للاتساق الداخلي لجميع فقرات مقياس الدراسة حيث ظهر وكما موضح في الجدول رقم (10) أن قيم معاملات الثبات (كرو نباخ ألفا) لمجال الدراسة تراوحت بين (0.85-0.91)، وجمعيها قيم مرتفعة، ومقبولة لأغراض التطبيق أيضاً؛ إذ أشارت معظم الدراسات إلى أن نسبة قبول معامل الثبات هي(0.70)، كما قام الباحث باستخراج معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين، حيث تبين أن جميع معاملات بيرسون كان دالة إحصائيًا مما يؤكد ثبات تطبيق الدراسة والجدول رقم (9) يوضح ذلك .

جدول (9)

معامل الاتساق الداخلي كرو نباخ ألفا وثبات الإعادة للمحكات والدرجة الكلية

المحك	ثبات الإعادة	الاتساق الداخلي
قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي	0.84	0.91
الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحددة والتكرارية والنمطية	0.89	0.85
كلي	0.88	0.94

خامساً : صدق البناء استخرجت دلالات المقياس بعد تطبيقه على اطفال اضطراب طيف التوحد أفراد الدراسة من خلال حساب معاملات ارتباط (بيرسون) بين كل مجالات المقياس، وكان معامل الارتباط بين الفقرات والمجال الذي تنتمي اليه والدرجة الكلية وتراوحت معاملات الارتباط (0.63-0.33).

سادساً: طريقة تصحيح المقياس لفحص مدى موافقة معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد على فقرات مقياس الدراسة المختلفة، فقد تم اعتماد المقياس الثنائي، حيث أُعطي لكل فقرة من الفقرات الواردة في المقياس درجة واحدة في حالة انطباقها على الطفل، والدرجة (0) في حال عدم انطباقها، أما فيما يتعلق بالحدود التي اعتمدتها هذه الدراسة للحكم على المتوسط الحسابي لعملية تشخيص الأطفال ذوي الاضطراب على الفقرات المتعلقة بمتغيرات الدراسة فقد حدد الباحث ثلاث مستويات هي (مرتفع، متوسط، منخفض) وبناءً على المعادلة التالية:

طول الفترة= (الحد الأعلى للبديل- الحد الأدنى للبديل) / عدد المستويات

(1-0)/3 = 1/3 =0.33 وبذلك تكون مستويات الموافقة كمايلي:

1- المتوسط الحسابي الذي تتراوح قيمته بين 0- أقل من 0.33 يعكس درجة انطباق منخفضة.

2- المتوسط الحسابي الذي تتراوح قيمته بين 0.33-أقل من 0.66 يعكس درجة انطباق متوسطة.

3- المتوسط الحسابي الذي تتراوح قيمته بين 0.66- 100يعكس درجة انطباق مرتفعة.

إجراءات الدراسة:

لتحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة، تم القيام بما يلي:

1- الحصول على الموافقات اللازمة لإجراء الدراسة والمبين في الملحق رقم (1).

2- ترجمة وتحكيم معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في (DSM V)، والتحقق من صدقها كما ذكر سابقاً.

3- تم إعداد مقياس الدراسة، المستند إلى مقياس المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة (DSM V)، والقيام باستخراج دلالات الصدق والثبات له، كما مر سابقاً.

4- قام الباحث بتحديد المراكز التي يوجد فيها صفوف اضطراب طيف التوحد، وعدد المعلمين فيها، ومجال تخصصهم وذلك من خلال القيام بجولة استطلاعية لبعض المراكز، ومن ثم قام الباحث بحصر المراكز التي سيطبق فيها الدراسة.

5- بعد شرح موضوع الدراسة لمديري المراكز تم اختيار عينة الدراسة، وتعيينها بالطريقة القصديه تبعاً لمعرفة مدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في (DSM V)على الطلبة الملتحقين بمراكز اضطراب طيف التوحد.

6- قام الباحث بتطبيق المقياس من خلال تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بوجود المعلمين في معرفة خصائص و سلوكيات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل أدق ، مبيناً لهم هدف الدراسة وأهميتها، والموضوعية بالتشخيص لكل طفل أقوم بتشخيصه لغايات التأكد لاحقاً من مدى المصداقية لمدى انطباق محكات التشخيص على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكزهم.

7- طبق الباحث المقياس بفترة زمنية تتراوح من 20- 30 دقيقة، اعتباراً من 17/ 12/ 2015 حتى 6/ 3/ 2016، بواقع4-6 طلبة تقريباً يومياً.

منهجية الدراسة

المنهج المستخدم في الدراسة الحالية هو المنهج الوصفي (المسحي)، ومن وجهة نظر البحث العلمي فإن هذا المنهج يهدف إلى مسح موضوع الدراسة لتحديدها، ومعرفة الواقع بصورة موضوعية، بهدف تحديد مدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة (DSM V)على الأطفال الملتحقين بمراكز اضطراب طيف التوحد في الأردن.

المعالجة الإحصائية:

للإجابة على السؤال الأول المتعلق بالكشف عن مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الخامسة (DSM V)على الأطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن، تم استخدام الإحصائيات الوصفية من المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والتكرارات والنسب المئوية لانطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد للمحكين الأول والثاني على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

وللإجابة على سؤال الدراسة الثاني وهو الكشف عن أكثر خصائص اضطراب طيف التوحد شيوعاً لدى الاطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن، تم استخراج التكرارات والنسب المئوية لانطباق الفقرات لأبعاد مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد تنازلياً.

الفصل الرابع
النتائج

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة، التي حاولت الكشف عن مدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة (DSM V) ، على الطلبة الملتحقين بمراكز اضطراب طيف التوحد في الأردن وفيما يلي توضيحٌ للنتائج التي توصلت إليها الدراسة:

النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول وهو" ما مدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة(DSM V) على الطلبة الملتحقين بمراكز اضطراب طيف التوحد في الأردن؟ فقد تمّ استخراج التكرارات والنسب المئوية لانطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد للمحكين الأول والثاني، وهما محك قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي، ومحك الأنماط سلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية، الجدول رقم (10) يوضح ذلك.

الجدول رقم (10)

التكرارات والنسب المئوية لدرجة انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد

المحك	انطباق		عدم انطباق	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي	197	65.7	103	34.3
أنماط سلوكية واهتمامات وانشطة محدودة وتكرارية ونمطية	135	45.0	165	55.0
انطباق التشخيص	109	36.3	191	63.7

- يلاحظ من الجدول أن نسبة انطباق التشخيص في كلا المحكين على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز هو (36.3%) وهي نسبة متدنية، وذلك لأن تشخيص اضطراب طيف التوحد يعد من أصعب الإجراءات وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأخصائيين المهنيين بطريقة علمية لتشخيص الاضطراب ، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أوالى تجاهل وعدم معرفة اضطراب طيف التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من سلوكيات الأطفال ذوي الاضطراب تتشابه مع اضطرابات أخرى ، وعدم وجود جهات مختصة وفريق متعدد التخصصات تقوم بالإشراف الدقيق على عملية الكشف والتشخيص لذوي اضطراب طيف التوحد، مبنية على القدرات العلمية والمادية المناسبة.

وكما إن العديد من إدارات المراكز والأخصائيين العاملين على تشخيص ورعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم نقص بالمعلومات والتطورات الحديثة في اختلاف عملية التشخيص في (DSM V).

كما أظهرت النتائج أن نسبة الأطفال الذين ينطبق عليهم محك " قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي " هو (65,7%) ونسبة الأفراد الذين يطبق عليهم محك " أنماط سلوكية واهتمامات وانشطة محدودة وتكرارية ونمطية " (45.0%).

وأن نسبة انطباق معايير التشخيص على الطلبة الملتحقين بمراكز التوحد كانت متدنية في كلا المحكين حيث بلغ عدد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين لم ينطبق عليهم المحك الأول: قصور دائم في التواصل و التفاعل الاجتماعي (103) أطفال، بنسبة (34.3%) ومع المحك الثاني الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية بلغت (165) طفل، بنسبة (55%) .

النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني: "ما أكثر خصائص اضطراب التوحد شيوعاً لدى الأطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن؟"

وللإجابة عن هذا السؤال، فقد تم استخراج التكرارات والنسب المئوية لأبعاد مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد تنازلياً والجدول رقم (11) يوضح ذلك.

جدول رقم (11)
التكرارات والنسب المئوية لانطباق فقرات مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد

الرتبة	الرقم	الفقرة	الانطباق		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية%	درجة الانطباق*
			التكرار	النسبة المئوية				
1	5	**يخفق في البدء او المبادرة في التفاعل الاجتماعي او الاستجابة للمبادرات الاجتماعية مثل (عدم الاهتمام بفرح الآخرين وحزنهم او عدم المبالاة لوجودهم او الإصغاء لحديثهم).**	230	76.7	0.77	0.42	77	مرتفعة
2	1	**منحى (نهج) اجتماعي غير عادي مثل (تجنب النظر في اعين الأخرين أو الضحك والبكاء دون سبب واضح او الجلوس بطريقة غير مناسبة اجتماعياً).**	220	73.3	0.73	0.44	73	مرتفعة
3	13	**صعوبات في القدرة على إقامة الصداقات وعدم الاهتمام بالرفاق مثل (انه لا يبادر إلى التعرف على الآخرين او لا يسلم عليهم او يرفض مشاركتهم في النشاطات).**	210	70.0	0.70	0.46	70	مرتفعة
4	15	**حركات نمطية تتضمن كلام وحركات ولعب بطريقة شاذة مثل (تكرار نفس الاشياء كالرفرفة باليدين او يمشي على اصابع قدميه او يدور حول نفسه او هز الجسم).**	205	68.3	0.68	0.47	68	مرتفعة
5	4	**يخفق في البدء أو المبادرة في التفاعل الاجتماعي أو الاستجابة للمبادرات الاجتماعية مثل (فقدان الرغبة في مشاركة الآخرين الاهتمامات والميل للوحدة او عدم المبالاة بوجود الناس من حوله).**	203	67.7	0.68	0.47	68	مرتفعة

6	14	صعوبات في القدرة على الاهتمام بالرفاق مثل (يتجاهل وجود الناس من حوله او يميل إلى الجلوس لوحده او يظهر ضعف في التفاعل معهم).	193	64.3	0.64	0.48	64	متوسطة
7	12	صعوبات في القدرة على مشاركة اللعب التخيلي مثل (عدم تقليد الاخرين في اللعب او تمثيل ادوار معينة اثناء لعبة جماعية او لا يستطيع ان يتظاهر بأنه يشرب من كأس).	191	63.7	0.64	0.48	64	متوسطة
8	3	نقص القدرة على مشاركة الاهتمامات أو المشاعر او العواطف مثل (يظهر ضعف في جذب او الاشارة إلى المواضيع التي تثير اهتمامه او عدم الرغبة في التعاون والمنافسة مع الأطفال الآخرين).	189	63.0	0.63	0.48	63	متوسطة
9	6	قصور في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية وغير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي مثل (غياب كامل في استخدام اللغة المنطوقة مع عدم تعويضه بطرق بديلة للتواصل كالإشارة او الايماءات او التقليد).	182	60.7	0.61	0.49	61	متوسطة
10	2	يخفق في إنشاء محادثات تبادلية عادية مثل (لا يتكلم ويبدو كالأصم او لا يستطيع التعبير عن احتياجاته حتى ولو بالإشارة).	180	60.0	0.60	0.49	60	متوسطة
10	11	قصور في تكييف أنماط السلوك لتتناسب مع المواقف الاجتماعية المختلفة مثل (لا يهتم بردود افعال الاخرين تجاه سلوكياته او لا يستجيب ابداً لما يطلب منه او يبدو عليه الخوف والخجل في مواقف عادية).	180	60.0	0.60	0.49	60	متوسطة
12	16	صف الألعاب في صفوف مثل (يفضل صف الأشياء في صفوف والغضب الشديد عندما يحاول شخص اخر ان يغير ترتيب الأشياء).	176	58.7	0.59	0.49	59	متوسطة
13	28	استجابات متعاكسة لأصوات محددة أو أقمشة محددة مثل (يستجيب الطفل بردود فعل متباينة لصوت المعلم فمرة ايجابياً واخرى سلبياً او مرة يحب ملابسه واخرى يكرهها).	163	54.3	0.54	0.50	54	متوسطة
14	9	قصور كلي في توظيف تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي مثل(قصور حاد في التواصل البصري مع الاخرين أو في تعبيرات الوجه وإيماءاته في التفاعل الاجتماعي).	161	53.7	0.54	0.50	54	متوسطة
15	7	قصور في التواصل البصري وتوظيف لغة الجسد مثل (لا يتواصل مع الآخرين اي لا ينظر في عين الشخص المقابل او لا وجود لتبادل مشترك للإشارات الجسمية او الابتسامات او التعابير الوجهية الأخرى).	159	53.0	0.53	0.50	53	متوسطة
16	17	تقليب الأشياء مثل (ان يقوم بتدوير اطباق او قطع نقدية لعدة ساعات).	158	52.7	0.53	0.50	53	متوسطة
17	8	قصور في فهم واستخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي مثل (لا يتبع الطفل ما يتم التأشير إليه من قبل الآخرين او لا يغير الطفل بصره بين ما يتم التأشير إليه والشخص الذي يؤشر او لا يلوح بيده لقول مع السلامة).	157	52.3	0.52	0.50	52	متوسطة
18	10	قصور كلي في توظيف التواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي مثل (يظهر عدم وعي للمعاني المرتبطة بالإيماءات أو التعبيرات الموجهة للأخرين او لا يمكن فهم التواصل معهم او غير قادر للتعبير عن حاجاته).	155	51.7	0.52	0.50	52	متوسطة
19	29	الإفراط (المبالغة) في شم أو لمس الأشياء مثل (شم ولمس كل ما يقع تحت يده او وضع كل المواد في فمه سواء اكانت غذائية او غير غذائية).	150	50.0	0.50	0.50	50	متوسطة

20	22	أنمـاط تفكيـر جامـدة مثـل (الإصـرار علـى اسـتخدام نفس الأدوات الطعام والشراب او يجلس على نفس المقعـد او يـرفض تنـاول الاطعمـة دون غيرهـا او اللعب بـنفس اللعبـة او الاصـرار علـى ارتـداء نفـس الملابس).	147	49.0	0.49	0.50	49	متوسطة
20	30	الافتتان البصري بالأضواء أو الحركات مثل (النظر طـويلاً إلـى الـضوء او إلـى المـرآة او إلـى حركـات الأشياء او التحديق بـالفراغ مـع تجاهل النـاس مـن حوله).	147	49.0	0.49	0.50	49	متوسطة
22	23	أنمـاط طقوسـية (تكراريـه) فـي تحيـة الأخـرين مثـل (يظهر حركات معينة ومتكررة في لقاء الاخرين او عدم التوقف عن الحديث إذا تكلم).	145	48.3	0.48	0.50	48	متوسطة
22	24	الرغبـة إلـى سـلوك نفـس الطريـق أو تنـاول نفـس الطعـام كـل يـوم مثـل (يفضل الـسير بجانـب أشـياء وأدوات يعرفها في كل مرة يتحرك فيها).	145	48.3	0.48	0.50	48	متوسطة
24	18	المصاداة مثل (يكرر كلمات سمعها في وقت مبكر او منذ دقيقة).	140	46.7	0.47	0.50	47	متوسطة
25	26	اهتمامات ضيقة ومحدودة مثل (الاهتمام بجزء واحد مـن اللعبـة او التركيـز علـى زر قمـيص او ربـاط او تدوير الأشياء ولفها بشكل مفرط او ينشغل بخيط او سلك).	137	45.7	0.46	0.50	46	متوسطة
26	21	صعوبات في الانتقال مثل (صعوبـة فـي الانتقـال مـن مرحلة إلى أخرى (الطفولة_المراهقة) او مـن نـشاط إلى اخر (من نشاط اللعب إلى نشاط الأكل).	132	44.0	0.44	0.50	44	متوسطة
27	25	التعلق الزائد القوي أو الانشغال الزائد القوي بأشياء غيـر عاديـة مثـل (التمسك بـالروتين كالإصـرار علـى الجلـوس فـي نفـس المكـان او ترتيـب الاشـياء بـنفس الطريقة).	132	44.0	0.44	0.50	44	متوسطة
28	27	عدم الاكتراث الواضح للألم أو درجة الحرارة مثل (عـدم الـشعور بـالألم عنـد الحقـن او عنـد الجـرح او ارتـداء ملابـس خفيفـة فـي ايـام البـرد او ملابـس سميكة في ايام الحر او القيام بأعمال تنطوي علـى الخطورة).	130	43.3	0.43	0.50	43	متوسطة
29	20	الإنزعاج (عدم الراحـة، الـضيق) الـشديد للتغييـرات البسيطة مثل (يبدي الطفل رد فعل شديد للتغيرات إذا حدث تغيير فـي البيئـة فيكـون سلوكه شديد الغضب كالإصرار على الجلوس على نفس المقعد او ارتـداء نفس الملابس).	112	37.3	0.37	0.48	37	متوسطة
30	19	العبارات ذات المعاني الخاصـة مثل (يستخدم معـاني لا يعرف معناهـا الاخـرون فمـثلاً وقـع طفل بوقت مـا وشـعر بـألم وقالـت امـه لقـد كـشطت ركبتـك وبعدها يتألم لسبب آخر ويقول كشطت ركبتك وتكون ركبتـه سليمة).	103	34.3	0.34	0.48	34	متوسطة

بناءاً على ما ورد في الفصل الثالث حول تعديل المقياس.

يظهر من الجدول أن النسبة المئوية لتكرارات انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الاطفال الملتحقين بالمراكز تراوحت بين (34.3%-76.7%) حيث جاءت بالمرتبة الأولى الفقرة رقم (5) ونصها : يخفق في البدء او المبادرة في التفاعل الاجتماعي او الاستجابة للمبادرات الاجتماعية مثل (عدم الاهتمام بفرح الآخرين وحزنهم او عدم المبالاة لوجودهم او الإصغاء لحديثهم) التي تنتمي إلى بعد قصور في التفاعل الاجتماعي – الانفعالي المتبادل في محك قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي حيث حصلت على نسبة مئوية (76.7%)

ودرجة انطباق مرتفعة، وبالمرتبة الثانية جاءت الفقرة رقم (1) ونصها : منحى (نهج) اجتماعي غير عادي مثل (تجنب النظر في أعين الآخرين أو الضحك والبكاء دون سبب واضح أو الجلوس بطريقة غير مناسبة اجتماعياً)، وهي أيضاً تنتمي إلى البعد نفسه حيث حصلت على نسبة مئوية (73.3%) ودرجة انطباق مرتفعة، جاءت بالمرتبة الثالثة الفقرة رقم (13): صعوبات في القدرة على إقامة الصداقات وعدم الاهتمام بالرفاق مثل (انه لا يبادر إلى التعرف على الآخرين او لا يسلم عليهم او يرفض مشاركتهم في النشاطات) وهي تنتمي إلى بعد قصور في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة على استمراريتها وفهم معانيها في المحك نفسه، حيث حصلت على نسبة مئوية (70.0%) ودرجة انطباق مرتفعة.

كما يظهر من الجدول رقم (12) أيضاً أن الفقرة رقم (27) ونصها: عدم الاكتراث الواضح للألم أو درجة الحرارة مثل: (عدم الشعور بالألم عند الحقن او عند الجرح او ارتداء ملابس خفيفة في ايام البرد او ملابس سميكة في ايام الحر او القيام بأعمال تنطوي على الخطورة) قد حصلت على المرتبة (28) وهي تنتمي إلى بعد فرط أو انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية لجوانب البيئة الحسية في محك أنماط سلوكية واهتمامات وانشطة محدودة وتكرارية ونمطية، وحصلت الفقرة رقم (20) ونصها: الانزعاج (دم الراحة، الضيق) الشديد للتغييرات البسيطة مثل (يبدي الطفل رد فعل شديد للتغيرات إذا حدث تغيير في البيئة فيكون سلوكه شديد الغضب كالإصرار على الجلوس على نفس المقعد او ارتداء نفس الملابس) على المرتبة (29) وبنسبة مئوية (37.3%) ودرجة انطباق متوسطة وهي تنتمي إلى بعد الإصرار على الرتابة (التشابه) والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية في محك أنماط سلوكية واهتمامات وانشطة محدودة وتكرارية ونمطية، وجاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة رقم (19) ونصها : العبارات ذات المعاني الخاصة مثل (يستخدم معاني لا يعرف معناها الاخرون فمثلاً وقع طفل بوقت ما وشعر بألم وقالت امه لقد كشطت ركبتك وبعدها يتألم لسبب آخر ويقول كشطت ركبتك وتكون ركبته سليمة) بنسبة مئوية (34.3%) ودرجة انطباق متوسطة وهي تنتمي إلى بعد نفسه.

وتم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد، الجدول رقم (12) يوضح ذلك.

الجدول رقم (12)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية %
	قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي ككل	**0.62**	**0.30**	**62**
1	قصور في التفاعل الاجتماعي – الانفعالي المتبادل.	0.68	0.33	68
2	قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي.	0.54	0.38	54
3	قصور في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة على استمراريتها وفهم معانيها.	0.65	0.33	65
	أنماط سلوكية واهتمامات وانشطة محدودة وتكرارية ونمطية	**0.48**	**0.27**	**48**
1	النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية واستخدام الأشياء واللغة.	0.52	0.28	52
2	الإصرار على الرتابة (التشابه) والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية.	0.45	0.34	45
3	اهتمامات محدودة ثابته بصورة عالية وتبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها	0.45	0.43	45
4	فرط أو انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية لجوانب البيئة الحسية.	0.49	0.35	49

يظهر من الجدول ما يلي:

1- تراوحت المتوسطات الحسابية لمدى انطباق أبعاد محك قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي ما بين (0.54-0.68)،حيث جاء بالمرتبة الأولى بعد " قصور في التفاعل الاجتماعي – الانفعالي المتبادل " بدرجة انطباق مرتفعة، بينما جاء بالمرتبة الأخيرة بعد " قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي " بدرجة انطباق مرتفعة، وبلغ المتوسط الحسابي لمحك قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي ككل (65.7) بدرجة انطباق متوسطة أيضاً.

2- تراوحت المتوسطات الحسابية لمدى انطباق أبعاد محك أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية ما بين (0.45-0.52) بدرجة انطباق متوسطة لجميع الأبعاد، حيث جاء بالمرتبة الأولى بعد " النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية واستخدام الأشياء واللغة "، بينما جاء بالمرتبة الأخيرة بعدي " اهتمامات محدودة ثابته بصورة عالية وتبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها، الإصرار على الرتابة (التشابه) والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية "، وبلغ المتوسط الحسابي لمحك أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية ككل (0.45) بدرجة انطباق متوسطة أيضا.

وهذا يتفق بما ورد في نتائج السؤال الأول حول أن أكثر خصائص اضطراب التوحد شيوعاً لدى الاطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الاردن كانت الخصائص التي يتضمنها محك قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي.

الفصل الخامس
مناقشة النتائج والتوصيات

سعت هذه الدراسة التعرف على مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة (DSM V) ، على الطلبة الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن . وفيما يلي تفسير وشرح للنتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة على النحو التالي:

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي ينص على:

ما مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية –الطبعة الخامسة (DSM V) على الأطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن؟

فيما يتعلق بمناقشة هذا السؤال فقدا شارت النتائج إلى إن درجة انطباق معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة (DSM V)،على الطلبة الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن في كلا المحكين (قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي) و (الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية)، حيث كانت متدنية مع الفقرات المتضمنة في المجالين للدليل التشخيصي والإحصائي بنسبة مئوية بلغت (36.3%) وتكرارات نسبتها (109) أطفال، يقابلها نسب عالية في عدم الانطباق على كلا المحكين، بنسبة مئوية كانت (63.7%) وتكرارات نسبتها (191) طفل .

ويؤيد هذا الراي دراسة (Kulage et al., 2014) التي توصلت إلى إن هناك انخفاض في مستوى تشخيص اضطراب طيف التوحد بين معايير (DSM V) و(DSM-4) ولصالح معايير (DSM-4). كشفت النتائج أن هناك انخفاض في مستوى تشخيص اضطراب متلازمة اسبر جر عندما يتم استخدام معايير (DSM V).

وكذلك اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Barton et al., 2013) التي أظهرت النتائج انخفاض مستوى قدرة قائمة معايير(DSM V) في تحديد المشكلات السلوكية الاجتماعية لدى أطفال اضطراب الطيف التوحدي.

وانسجمت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Mahjouri & Lord, 2012) حيث كشفت نتائج الدراسة إلى أنه ليس هناك أي مؤشرات إحصائية مرتبطة بالخصائص السيكو مترية لحساسية وتفصيلية معايير (DSM V) في تشخيص وعلاج اضطراب طيف التوحد.

ويمكن تفسير تدني درجات الانطباق ما بين محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية –الطبعة الخامسة (DSM V) والأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد في تلك المراكز الى ما يلي :

- تشخيص اضطراب طيف التوحد يُعد من أصعب الإجراءات وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأخصائيين المهنيين بطريقة علمية لتشخيص الاضطراب ، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أوالى تجاهل وعدم معرفة اضطراب طيف التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من سلوكيات الأطفال ذوي الاضطراب تتشابه مع اضطرابات أخرى.
- العديد من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الملتحقين بصفوف التوحد ليس لديهم الاضطراب، لعدم وجود التشخيص الدقيق.
- اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي ما زال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها، وذلك لتشابه مظاهره وعدم التجانس في قدرات المصابين به وخصائصهم، وكذلك تأثير جوانب النمو الاجتماعية والتواصلية، وعدم وجود أي دلالات بيولوجية مؤكدة لتشخيص اضطراب طيف التوحد.
- عدم وجود جهات مختصة وفريق متعدد التخصصات تقوم بالإشراف الدقيق على عملية الكشف والتشخيص لذوي اضطراب طيف التوحد، مبنية على القدرات العلمية والمادية المناسبة.
- العديد من إدارات المراكز والأخصائيين العاملين على تشخيص ورعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم نقص بالمعلومات والتطورات الحديثة في اختلاف عملية التشخيص في (DSM V).
- عدم خصوصية أخصائي اضطراب طيف التوحد، المدرب والمؤهل للقيام بالكشف والتشخيص على أطفال اضطراب طيف التوحد، فأغلب القائمين على عملية التشخيص ينقصهم الخبرة والمعرفة بالاضطراب.
- إن الصفات التشخيصية الجديدة قد تقلل من نسبة تشخيص اضطراب طيف التوحد في اعتمادها على محكين للتشخيص بدلاً من ثلاث محكات في الإصدارات السابقة، وهذا ما يؤكد من وجه نظر الباحث ، انه سيتم حرمان الدرجات البسيطة من اضطراب طيف التوحد من الخدمات التربوية المناسبة، ومن المسمى التشخيصي الدقيق لهم ،وهنا أهمية القيام بالتشخيص الفارقي ما بين اضطراب طيف التوحد والاضطرابات الأخرى في مراكز التربية الخاصة للتشابه ما بين أعراض اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة العقلية

واضطرابات التواصل وفصام الطفولة وغيرها من الاضطرابات، وهذا يعزز إعادة عملية التشخيص لذوي الاضطراب المشخصين سابقا حسب معايير (DSM –IV) للاختلاف الجوهري في المعايير التشخيصية الجديدة (DSM V) .

- بينما تختلف نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Beighley, et al., 2014) حيث أظهرت النتائج أن (DSM V)كان أكثر قدرة على ملاحظة الخصائص السلوكية المتكررة لدى البالغين ممن يعانون اضطراب الطيف التوحدي مقارنة باستخدام (DSM-IV-TR).
- وكذلك اختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Bennet,t et al., 2014) حيث توصلت نتائج الدراسة الى أن معايير (DSM V) كانت قادرة على تقديم تشخيص دقيق للضعف اللغوي والكفاية الاجتماعية لدى طلبة اضطراب طيف التوحد.
- وتعارضت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة كل من (Godberg, et al., 2014) و(Kent, et al., 2013)، حيث أشارت نتائجهما إلى أن مستوى الحساسية التشخيصية و مستوى التفصيلية لمعايير (DSM V) كانت مرتفعة. كما وبينت النتائج أن المعايير في (DSM V) كانت مرتفعة. وكذلك دراسة (Taheri, et al., 2014)، كشفت النتائج إن معايير (DSM V) كانت قادرة على تحديد حدة اضطراب الطيف التوحدي .

ويعزو الباحث سبب ذلك الاختلاف مع نتيجة الدراسة الحالية إلى :

- حداثة الدراسات التي تزامنت مع الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V).
- أسباب اقتصاديه واجتماعيه وسياسيه ذات أهميه للبلد المصدر للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM V).
- وجود مؤسسات خاصة معنية بعملية الكشف والتشخيص لاضطراب طيف التوحد .
- تدريب العاملين مع ذوي اضطراب طيف التوحد على التشخيص الجديد حسب معايير (DSM V).
- إن الأخصائيين القائمين على عملية تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ربما لم يتلقوا التدريب الكافي على عملية التشخيص الدقيق عن الاضطراب وإجراءاتها ومعاييرها ، أو إنهم يجهلون مراحل النمو الطبيعي عند الطفل، وبالتالي لا يعرفون فيما إذا كان الطفل يعاني من تأخر نمائي أم لا.

ثانيا : مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما أكثر خصائص اضطراب طيف التوحد شيوعاً لدى الاطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن؟

فيما يتعلق بمناقشة هذا السؤال فقد تبين من خلال تحليل النتائج على إن هناك فروقاً بين محكي التشخيص ولصالح محك (قصور دائم في التواصل و التفاعل الاجتماعي) في زيادة ظهور خصائص اطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و بلغت نسبة المتوسط الحسابي للمحك ككل (65.7) بدرجة انطباق متوسطة، وكانت درجة انطباق محكات التشخيص في الفقرات على الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال النسبة المئوية لتكرارات انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الاطفال الملتحقين بالمراكز تراوحت بين (34.3%-76.7%) حيث جاءت بالمرتبة الأولى الفقرة (يخفق في البدء او المبادرة في التفاعل الاجتماعي او الاستجابة للمبادرات الاجتماعية) حيث حصلت على نسبة مئوية (76.7%) ودرجة انطباق مرتفعة، وبالمرتبة الثانية جاءت الفقرة (منحى (نهج) اجتماعي غير عادي) حيث حصلت على نسبة مئوية (73.3%) ودرجة انطباق مرتفعة، و جاءت بالمرتبة الثالثة الفقرة (صعوبات في القدرة على إقامة الصداقات وعدم الاهتمام بالرفاق) وحصلت على نسبة مئوية (70.0%) ودرجة انطباق مرتفعة.

وكما أظهرت النتائج تدني نتائج انطباق محكات التشخيص في محك (الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية)، في المرتبة الأولى الفقرة (عدم الاكتراث الواضح للألم أو درجة الحرارة)، وحصلت على نسبة مئوية (43,3%)، وفي المرتبة الثانية الفقرة (الانزعاج (عدم الراحة، الضيق) الشديد للتغييرات البسيطة)، وبنسبة مئوية (37.3%) ودرجة انطباق متوسطة، وجاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة (العبارات ذات المعاني الخاصة) بنسبة مئوية (34.3%) ودرجة انطباق متوسطة.

وكما اظهرت النتائج التفصيلية إن المتوسطات الحسابية لمدى انطباق أبعاد محك قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي ما بين (0.54-0.68)،حيث جاء بالمرتبة الأولى بعد " قصور في التفاعل الاجتماعي – الانفعالي المتبادل " بدرجة انطباق مرتفعة، بينما جاء بالمرتبة الأخيرة بعد " قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي " بدرجة انطباق مرتفعة، وبلغ المتوسط الحسابي للمحك ككل (65.7) بدرجة انطباق متوسطة.

وكانت المتوسطات الحسابية لمدى انطباق أبعاد محك أنماط سلوكية واهتمامات وانشطة محدودة وتكرارية ونمطية ما بين (0.45-0.52) بدرجة انطباق متوسطة لجميع الأبعاد، حيث جاء بالمرتبة الأولى بعد " النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية واستخدام الأشياء واللغة "، بينما جاء بالمرتبة الأخيرة بعدي " اهتمامات محدودة ثابته بصورة عالية وتبدو غير عادية من

حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها، الإصرار على الرتابة (التشابه) والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية "، وبلغ المتوسط الحسابي للمحك ككل (0.45) بدرجة انطباق متوسطة أيضاً.

وهذا يتفق بما ورد في نتائج السؤال الأول حول أن أكثر خصائص اضطراب التوحد شيوعاً لدى الاطفال الملتحقين بمراكز التوحد في الاردن كانت الخصائص التي يتضمنها محك قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي.

وقد انسجمت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من (Taheri, et al., 2014)، (Bennett et al., 2014)، (Beighley et al , 2014) و (Matson, et al. 2012)، والتي ترى فاعلية (DSM V) في قدرته على ملاحظة الخصائص السلوكية المتكررة، والقدرة على تحديد حدة اضطراب الطيف التوحدي .

واختلفت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Barton, et al., 2013)، والتي أشارت نتائجها إلى انخفاض مستوى قدرة قائمة معايير(DSM V) في تحديد المشكلات السلوكية الاجتماعية لدى أطفال اضطراب الطيف التوحدي.

وكذلك اختلفت مع نتيجة دراسة (Mahjouri & Lord, 2012)، وتوصلت انه ليس هناك مؤشرات إحصائية مرتبطة بالخصائص السيكومترية لحساسية وتفصيلية معايير (DSM V) في تشخيص وعلاج اضطراب طيف التوحد.

ويعزو الباحث زيادة نسبة انتشار أكثر لمحك القصور الدائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي، ذلك أن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، قد اعتمد على محكين فقط من الأعراض، (قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي) و(الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية)، بدلا من ثلاث محكات (قصور في التفاعل الاجتماعي، قصور في التواصل الاجتماعي، أنماط سلوكية واهتمامات محدودة وتكرارية)، ذلك إن الأطفال يكون لديهم جانبين من القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي قي محك واحد، وهو الأبرز والأوضح لدى الأطفال ذوي الاضطراب، وتكون من العلامات المبكرة التي تظهر لديهم، حيث يتسمون بالانسحاب، والعزلة وعدم القدرة على التفاعل والتواصل الاجتماعي مع الآخرين، ولديهم اضطرابات في اللغة والكلام، وهذا الرأي يتوافق مع مجموعة الانتقادات الموجهة للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع من زيادة في نسب الانتشار، حيث لو طبقت تلك المعايير لشخص العديد من الأطفال باضطراب طيف التوحد، بالإضافة لما سبق يظهر إن القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي أكبر وأكثر وضوحاً من بقية جوانب الأداء لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، وحتى أن مصطلح التوحد أطلق على هؤلاء الأطفال نتيجة القصور الواضح والكبير الذي يعانونه في مجال التواصل والتفاعل الاجتماعي .

التوصيات

نستنتج من النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، ومناقشة تلك النتائج إلى اهمية التشخيص الدقيق حسب معايير (DSM V)، وهذا ما أكدت عليه نتائج الدراسة الحالية، مما يقود إلى توصيات منها:

1- إجراء المزيد من الدراسات حول محكات التشخيص، يتم دراسة متغيرات لم يتم التطرق إليها في الدراسة الحالية .

2- توعية وتدريب العاملين بمراكز التوحد على عملية التشخيص الدقيق للاضطراب بناءاً على محكات التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V).

3- أهمية وجود فريق متعدد التخصصات يقوم بإجراء الكشف والتشخيص لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

4- ضرورة إعادة التشخيص للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومعرفة المشكلات والاضطرابات النمائية لديهم ،لِتقديم افضل الخدمات والبرامج التربوية والعلاجية لوضعهم بالمكان المناسب .

5- إجراء دراسة شبيهة بالدراسة الحالية تتناول المبدعين من ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث اقتصرت الدراسة الحالية على ذوي الاضطراب بشكل عام .

6- استخدام معايير التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة (DSM V) في عملية تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

قائمة المراجع

1. المراجع باللغة العربية

أبو السعود، نادية (2002). **فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم.** أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الأزهر، القاهرة، مصر.

الأعظمي، سعيد و السعدي، عادل (2011) **. سيكولوجية ذوي اضطرابات طيف التوحد،** عمان: دار السواقي العلمية للنشر والتوزيع .

البطاينة، أسامة والجراح، عبد الناصر والغوانمة، مأمون (2009). **علم نفس الطفل غير العادي،** عمان**:** دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة **.ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية** .جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

جبر، خولة (2007) . **فاعلية بناء مقياس تشخيصي لحالات التوحد على عينة سورية** . رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الجلامدة، فوزية (2014)**. قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في DSM-4/ DSM V** . عمان: دار المسيرة.

الجلبي، سوسن (2005). **التوحد الطفولي: أسبابه،خصائصه، تشخيصه، علاجه.** دمشق: مؤسسة علاء للطباعة والنشر.

خطاب، محمد (2005)**. سيكولوجية الطفل التوحدي،** عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2011). **التدخل المبكر في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة.** الطبعة الخامسة، عمان: دار الفكر.

الخطيب، جمال والصمادي جميل والروسان فاروق والحديدي منى ويحيى، خولة والناطور، ميادة والروسان، فاروق (2008) . **أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة** . دار الفكر، عمان، الأردن.

الزارع، نايف (2004)**. قائمة تقدير السلوك التوحدي.** عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الزريقات، إبراهيم (2004)**. التوحد الخصائص والعلاج.** عمان: دار وائل للطباعة والنشر.

الزريقات، إبراهيم (2010)**. التوحد: السلوك والتشخيص والعلاج.** عمان: دار وائل .

سليمان، عبد الرحمن (2001). **إعاقة التوحد**. القاهرة: مكتبة زهراء الشروق.

الشامي، وفاء (2004،أ). **سمات التوحد (تطورها وكيفية التعامل معها)** . الطبعة الأولى، جدة: مركز جدة للتوحد.

الشامي، وفاء (2004،ب). **خفايا التوحد: أشكاله وأسبابه وتشخيصه**. جدة: الجمعية الفيصلية الخيرية السنوية.

الشيخ ذيب، رائد (2005) . **الدورة الأولية في التوحد**، مؤسسة كريم رضا سعيد (برنامج الإعاقة في سورية) ،دمشق .

الشيخ ذيب ، رائد (2004). **تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الاطفال التوحديين وقياس فاعليته**. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان، الاردن.

عبد الرحمن، محمد وحسن، منى (2005). **دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر**. القاهرة: دار الفكر العربي للنشر.

كوجل، روبرت وكوجل لين (2003). **تدريس الاطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات التفاعل الايجابية وتحسين فرص التعلم** (ترجمة عبدالعزيز السرطاوي، ووائل أبو جودة، وايمن خشان). الامارات العربية المتحدة: دار القلم للنشر والتوزيع.

مصطفى، أسامة ؛ الشر بيني، السيد (2011) . **التوحد (الأسباب – التشخيص – العلاج)**، عمان : الأردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع .

الناطور، ميادة ، الزريقات إبراهيم ،العمايرة، موسى ،السرور ناديا. (2009). **مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة**. عمان: دار الفكر.

نصر، أحمد (2002). **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

هالهان، دانيال وكوفمان، جيمس وبولن، بيج (2013). الطلبة ذوو اضطرابات طيف التوحد، (ترجمة: محمد الجابري وآخرون)، **الطلبة ذوي الحاجات الخاصة (ص:217-255)**، عمان: دار الفكر.

2. المراجع باللغة الانجليزية

American psychiatric Association. (2013). **Diagnosis and statistical manial of mental disorders** .(Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association, APA. (2013). Autism Definition. Retrieved from: **htt://www.apaorg/topics/autism/indes.aspx.**

Assessment (3rd edn, pp. 267–292). New York: The Guilford Press, Inc.

Autism Europe. (2013). Person with Autism Spectrum Disorders: Identification, Understanding, Intervention, Retrieved from: **http://www.autismeurope.org** in 30/9/2014.

Autism Society of America. (2005). **What Is Autism**. A available: File ://A:// Autism Society of America What Is Atisum.HTM.

Barton, M., Robins, D., Jashar, D., Brennan, L. & Fein, D. (2013). Sensitivity and specificity of proposed DSM V Criteria for autism spectrum disorder in toddlers. **Journal Autism Development Disordered, 43,**1184-1195.

Beighley, J. & Matson, J. (2014). Comparing social skills in children diagnosed with autism spectrum disorder according to the DSM-IV-TR and the DSM V . **Journal of Development Psychiatry Disabilities, 26:** 689-701.

Beighley, J., Matson, J., Rieske, R., Cervantes, P., Goldin, R. & Jang, J. (2014). Differences in stereotypic behavior in adults diagnosed with autism spectrum disorders using the DSM-IV-TR and the DSM V . **Journal of Development Disabilities, 26,** 193-202.

Beighley, J., Matson, J., Rieske, R., Jang, J., Cervantes, P. &Goldin, R. (2013). Comparing challenging behavior in children diagnosed with autism spectrum disorders according to the DSM-IV-TR and the proposed DSM V . **Development Neurorehabilitation, 16**(6), 375-381.

Bellini,S. Peters,K. Benner,L and Hope, A.(2007). A Meta Analysis of School-Based Socia; Skills Intervintion For Children with Autism Spectrum Disorders. **Remdial & special Education**, 28(3), 153-162.

Bennett, T. Szatmari, P., Georgiades, K., Hanna, S., Janus, M. Georgiadws, S., Duku, E. & et al., (2014). Language impairment and early social competence in preschoolers with autism spectrum disorders: A comparison of DSM Vprofiles. **Journal of Autism Development Disordered, 44:** 2797-2808.

Brentani, Helen , Pull, Cristiane, Bordini, Daniel, Protolese , Joan, Pacificio and Mcracen , James. (2013). Autism spectrum disorders : an overview on diagnosis and treatment .**Revista Brasileira de Psiquiatria ,** 35:S62-S72

Center for Disease Control and Prevention. (2014). **Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites**, United States, 2002. MMWR Surveill Sum. 56(1):12–28.

Cosgrove, Lisa; Drimsky Lisa. (2012). A comparison of DSM-iv and DSM Vpanel members' financial associations with industry: A pernicous problem persisits. **PLoS Medicine** 9 (3): 1–5

Cosgrove, Lisa; Drimsky Lisa. (2012). A comparison of DSM-iv and DSM V panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. **PLoS Medicine** 9 (3): 1–5

Dunlap, G. and Bunton-Pierce, M. (1999). **Autism and Autism Spectrum Disorder (ASD)** .Arlington, VA The Council for Exceptional Children .

Fay,H. and Schuler,L.(1980). **Emergining Language in Autistic Children**, Edwards Arnold.

Friedman, M. J.; Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D.(2011).Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM V , **Depression and Anxiety**, 28 (9): 737–749

Frith, U.(1993). **Autism**, Scientific American, Merrill Publishing Com.

Garside, Rhonda; Ghag, Sherry; Haines, Kathieen; Hamilton, Marine; Hansen, Lynda and et al .(2000). **Teaching Students With Autism**. Society Autism of British Columbia , Office Products Center , N:71

Gilliam. J. E. (1995). Gilliam Autism Rating Scale. AGN publishing (on-line). Available: **http://www.agsnet.com/group.asp?groupinfoid=a92220.htm.**

Godberg, D., Weinger, P., Halpern, D., Parides, M., Kolevzon, A. & Buxbaum, J. (2014). The autism mental status exam: Sensitivity and specificity using DSM Vcriteria for autism spectrum disorder in verbally fluent adults. **Journal of Autism Development Disordered, 44:** 609-614.

Grob, GN. (1991). **Origins of DSM-I: a study in appearance and reality, Am J Psychiatry.** 148(4):421–31.

Janzen, J (2002). **Understanding the Nature of autism**. (2Ed) company Library of congress cataloging, USA.

Kaufman, W. (2013). DSM V : The New Diagnostic Criteiar For Autism Spectrum Disorder. **Department of Neurology Boston Children's Hospital**, Harvard Medical School.

Kent, R., Carrington, S., Couteur, A., Gould, J., Wing, L., Malijaars, J., Noens, I., Berckelaer-Onnes, I. & Leekam, S. (2013). Diagnosing autism spectrum disorder: Who will get a DSM Vdiagnosis? **Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54**(11), 1242-1250.

Kiln, Ami (2006). Autism and Asperger syndrome: an over view. **RevisstaBrasileira de psiquiatria, 28**(1).

Klin, Ami; Cicchett, Jason Lamg; Volkmar, Fred.(2000).Brief Report: Interater reliability of clinical diagnostic and DSM-IV criteria for Autistic Disorder: Result of the DSM-IV autism field trial. **Journal of autism and developmental disorders, 30**(2), 126- 337.

Kulage, K., Smaldone, A. & Cohn, E. (2014). How will DSM-5 affect diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis. **Journal of Autism Development Disordered, 44:** 1918-1932.

Kulage, K., Smaldone, A. & Cohn, E.(2014).How will DSM Vaffect diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis. **Journal of Autism Development Disordered, 44:** 1918-1932.

Le couteur. A.&Rutter. M.(1989).Autism Diagnostic Interview: A standardized investigator-based instrumevt. **Journal of Autism and Developmental Disorders.** 19. 363- 387.

Lord. C. &Rutter. M.(1994).Autism diagnostic interview- revised. A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. **Journal of Autism and developmental disorders.** 24. 659-685

Machado, J., D., Caye A., Frick P., J., & Rohde L., A.(2013).DSM V : Major changes for child and adolescent disorders. In J.M. Rey (ed), **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Mahjouri, S. & Lord, C.(2012).What the DSM Vportends for research, diagnosis, and treatment of autism spectrum disorders. **Curr Psychiatry Rep, 14:** 739-747.

Marcus, L. M., Flagler, S., & Robinson, S.(2001).Assessment of children with autism.In J.R. Simeonsson, & S. L., Rosenthal (Eds**.), Psychological and Developmental**

Matson, J . (2009).**Applied Behavior Analysis for children With Spectrum Disorders**,(1ed) NEW York ,Baton Rouge

Matson, J., Kozlowski, A., Hattier, M., Horovitz, M. &Sipes, M.(2012). DSM-IV vs DSM Vdiagnostic criteria for toddlers with autism. **Development Neurorehabilitation, 15**(3), 185-190.

merican psychiatric Association. (2002). **Diagnosis and statistical manial of mental disorders** .(4rd tr) washihnton, De: Author.

Neuwirth, Sharyn.(1997). **Autism**. The National Institute of Mental Health Press. DSM-IVtR.(2000).Diagnostic and s

Nikolv, R; Junker, J &Scahill, L.(2006).Autism disorder: current psychopathological treatments and Areas of Future Developments. **Revisit Brasilia de Psiquiatria, 28**(1).

Paul, R. Troutman, A.(2010).**Languag Disorders From Infancy Through Adolescence Assessment & Intervention**, 3ed: Boston.

Peery, A ., Condillac, R., Freeman, L., Duun- Geier, J., and Belair, J. (2005). Mulit- Site study of the Childhood Autism Rating Scale (CARS) in five clinics group of young children , **Journal of autism and developmental disorders,**35,625-634.

Regier, M & Darrel A.(2007). **Somatic Presentations of Mental Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Psychosomatic Medicine (Lippincott Williams and Wilkins), 69** (9): 827–828.

Relini, E; Totrolani, D; D; Trillo, S; Carbone, S; Monteccchi, F.(2004). Childhood autism Rating seale (CARS) and Autism behavior checklist (ABC) Correspondence and confliers with DSM- IV Criteria in Diagnosis of autism**. Journal of autism and development disorders 34** (6) 703-708.

Saskatche wan Education (1999). **Teaching student with Autism**. Special Education unit, A guide for Educators.

Schopler. E.. Reicher. R.J. & Renner. B. R.(1988).Childhood Autism Rating Scale (CARS). Catalog of Products (on- line). Available: **http://www.proedine.corn/store/index.php?mode-product-detail&id-147.html.**

Sipes, M. & Matson, J.(2014).Factor structure for autism spectrum disorders with toddlers using DSM-IV and DSM Vcriteria. **Journal of Autism Development Disordered, 44:** 636-647.

So Hyun, L , Odom, L &Loftin, R.(2007). Social Engagement with Press and Stereotypic Behaviour of children with Autism. **Journal of Positive Behavior Interventions**, 9(2), 67-79.

South, M; Ozonoff, s; McMaho, Wn. (2005). Repetitive behavior profiles in asperger syndrome and high functioning autism. **Journal of autism and development disorders, 35** (2) 145- 58.

South, M; Ozonoff, s; McMaho, Wn. (2005).Repetitive behavior profiles in asperger syndrome and high functioning autism. **Journal of autism and development disorders, 35** (2) 145- 58.

Spitzer, R.L. (1981). **The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issues**, **Am J Psychiatry, 138** (2): 210–215.

Sponheim, Eili.(1996).Changing criteria of Autistic disorder: A Comparison of the ICD -10 research criteria and DSM – IV with DSM-III- TR, CARs, and ABC. **Journal of Autism and Development Disorders, 26** (5) 513-525.

Strock. M.(2004).Autism spectrum Disorder (Percasive Development Disorder). **National Institute of mental Health (NIH), 4**.

Taheri, A., Perry, A. & Factor, D.(2014). A further examination of the DSM Vautism spectrum disorder criteria in practice. **Journal on Developmental Disabilities, 20**(1), 1-10.

Turygin, N., Matson, J., Adams, H. &Belva, B.(2013).The effect of DSM V criteria on externalizing, internalizing, behavioral and adaptive symptoms in children diagnosed with autism. **Development Neurorehabilitation, 16**(4), 277-282.

Webber, J, & Scheuermann, B. (2008). **Educating Students with Autism: A Quick Start Manual.** Austin: Pro.ed, Inc.

World Health Organization .(2014,june).Autism Prevalence .retriever from **http://www.who.int/features/qa/85/en/**

Young, R. &Rodi, M.(2014).Redefining autism spectrum disorder using DSM V : The implications of proposed DSM V criteria for autism spectrum disorders. **Journal of Autism Development Disordered, 44,** 758-765.

الملاحق

الملحق رقم (1)

كتاب تسهيل مهمة موجه لوزارة التنمية الاجتماعية

الجامعة الأردنية
50
2012-1962
THE UNIVERSITY OF JORDAN

رئاسة الجامعة
University Administration

الرقم: 2015/1/ 4229
الرقم الآلي: 1005088
الموافق: 16/12/2015م

معالي وزير التنمية الاجتماعية الأكرم

الموضوع:- تسهيل مهمة

تحية طيبة، وبعد،،،

فأرجو إعلامكم بأن الطالب "محمد فواز حامد البدارنه" من طلبة برنامج دكتوراه التربية الخاصة في كلية العلوم التربوية بالجامعة الأردنية، يقوم بإعداد أطروحة دكتوراه بعنوان:

" مدى انطباق محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الخامسة (DSM V) على الطلبة الملتحقين بمراكز التوحد في الأردن"

ويحتاج إلى تطبيق أداة دراسته على المعلمين وأطفال التوحد في مراكز التربية الخاصة في المملكة.

أرجو التكرم بالموافقة والإيعاز للمعنيين لديكم بتسهيل مهمة الطالب المذكور لغايات البحث العلمي حسب الأصول، علماً بأن المشرف على أطروحته هو الأستاذ الدكتور "جميل الصمادي".

شاكرين لكم اهتمامكم بالجامعة الأردنية، وتعاونكم معها.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

/رئيس الجامعة

نائب الرئيس لشؤون الكليات الإنسانية

رئيس فرع الجامعة الأردنية/العقبة

الأستاذ الدكتور موسى اللوزي

أ.ص

هاتف- ٥٣٥٥٠٠٠ (٦- ٩٦٢) فرعي- ٢١١٢٠ فاكس- ٥٣٥٥٥١١ (٦-٩٦٢) فرعي- ٢١٠٣٥ عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel.: (962-6)5355000 Ext.: 21120 Fax: (962-6)5355511 Ext: 21035 AMMAN 11942 JORDAN
E-mail: admin@ju.edu.jo
http://www.ju.edu.jo

الملحق رقم (2)

ترجمة المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-V)

الأستاذ الدكتور:............................. المحترم التخصص: ....

الكلية والجامعة: .... التاريخ:.......................

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان **مدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة (DSM V) على الطلبة الملتحقين بمراكز اضطراب طيف التوحد في الأردن.**

وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في التربية الخاصة ولتحقيق هدف الدراسة قام الباحث بترجمة محكّات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (DSM V) . ونظراً لما تتمتعون به من خبرة في الميدان، أرجو التكرم بقراءة الفقرات وإبداء رأيكم فيها من حيث: مدى صحة هذه الترجمة وملاءمتها للنص الأصلي

واقبلوا فائق الاحترام والتقدير

الباحث

محمد البدا رنة

فيما يلي النص الكامل لمعايير اضطراب طيف التوحد في (DSM V)

(1) **Persistent deficits in social communication and social interaction** **المجال الأول: قصور دائم في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي**	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح : للترجمة :	
(A) Deficits in social- emotional reciprocity **قصور في التفاعل الاجتماعي – الانفعالي المتبادل**	
الترجمة: مناسبة: ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(a) Ranging from abnormal social approach (1)منحى (نهج) اجتماعي غير عادي	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(b) failure of normal back and forth conversation (2)يخفق في إنشاء محادثات تبادلية عادية	
الترجمة: مناسبة: ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة:	
(c) Reduced sharing of interests or emotion (3) نقص القدرة على مشاركة الاهتمامات أو المشاعر او العواطف	
الترجمة: مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(d) affect and response to total lack of initiation of social interaction (4) يخفق في البدء أو المبادرة في التفاعل الاجتماعي	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(e) social interaction Abnormal social Unusual social initiations (5) يخفق الاستجابة للمبادرات الاجتماعية	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(B) Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction **(2) قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي**	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(a) Ranging from poorly integrated- verbal and nonverbal communication (1)قصور في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية وغير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(b) Abnormalities in eye contact and body-language
(2) قصور في التواصل البصري وتوظيف لغة الجسد

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(c) Deficits in understanding and use of nonverbal communication, to total lack of facial expression and Impairment in the use and understanding of gestures
(3) قصور في فهم التواصل غير اللفظي وضعف في فهم تعابير الوجه واستخدام وفهم الإيماءات

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(d) Impairment in the use of facial expressions , Lack of warm, joyful expressions directed at others ,and Limited communication of own affect
(4) قصور كلي في توظيف تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(e) Lack of coordinated nonverbal communication
(5) قصور كلي في توظيف التواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(C) Deficits in developing and maintaining relationships, appropriate to developmental level
(3) قصور في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة على استمراريتها وفهم معانيها

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(a) Difficulties adjusting behavior to suit social contexts
(1) قصور في تكييف أنماط السلوك لتتناسب مع المواقف الاجتماعية المختلفة

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(b) Difficulties in sharing imaginative play
(2) صعوبات في القدرة على مشاركة اللعب التخيلي

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(c) Difficulties in making friends and Does not try to establish friendships
(3) صعوبات في القدرة على إقامة الصداقات وعدم الاهتمام بالرفاق

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :

(d) Absence of interest in others and Lack of interest in peers
(4) غياب الاهتمام بالآخرين وضعف الاهتمام بالرفاق

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :

(2) Restricted, Repetitive Patterns of Behavior, Interests, or Activities as Manifested
المجال الثاني: أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية.

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :

(A) Stereotyped or repetitive speech, motor movements, or use of objects
(1) النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية واستخدام اللغة و الأشياء .

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :

(a) Repetitive patterns that include atypical speech, movements, and play
(1) حركات نمطية تتضمن كلام وحركات ولعب بطريقة شاذة

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :

(b) Lines up toys or objects
(2) صف الألعاب في صفوف

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :

(c)Repetitive picking
(3) تقليب الأشياء

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :

(d)Repetitive vocalizations
(4) المصادأة

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :

(e) diosyncratic or metaphorical language
(5) العبارات ذات المعاني الخاصة

الترجمة مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :

(B) Excessive adherence to routines, ritualized patterns of verbal or nonverbal behavior, or excessive resistance to change **الإصرار على الرتابة (التشابه) والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية.**

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(a) Insistence on rigidly following specific routines الانزعاج (عدم الراحة. الضيق) الشديد للتغييرات البسيطة

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(b) Difficulty with transitions صعوبات في الانتقال

الترجمة مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(c) Rigid thinking Inability to understand humor أنماط تفكير جامدة

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمه :	

(d) Ritualized Patterns of Verbal and Nonverbal Behavior أنماط طقوسية (تكراريه) للسلوك اللفظي وغير اللفظي

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(e) insistence on same route or food الإصرار على نفس السلوك أو تناول نفس الطعام

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(C) Highly restricted, fixated interests that are abnormal in intensity or focus **اهتمامات محدودة ثابتة بصورة عالية وتبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها**

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(a)Interests that are abnormal in intensity or focus التعلق الزائد القوي أو الانشغال الزائد القوي بأشياء غير عادية

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	

(b) Focused on the same few objects, topics or activities اهتمامات ضيقة ومحدودة

الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

التعديل المقترح للترجمة :	
(D) Hyper-or hypo-reactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of environment **فرط أو انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية لجوانب البيئة الحسية.**	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(a) Apparent indifference to pain/heat الاكتراث الواضح للألم أو درجة الحرارة	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(b) Preoccupation with texture or touch (includes attraction/aversion to texture) استجابات متعاكسة لأصوات محددة أو أقمشة محددة	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(c) Close visual inspection of objects or self for no clear purpose الإفراط (المبالغة) في شم أو لمس الأشياء	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )
التعديل المقترح للترجمة :	
(d) Unusual squinting of eyes and extreme interest or fascination with watching movement of other things الافتتان البصري بالأضواء أو الحركات	
الترجمة : مناسبة : ( )	غير مناسبة ( )

الملحق رقم (3)

قائمة بأسماء المحكمين لترجمة المقياس

الرقم	الاسم والرتبة العلمية	مكان العمل	التخصص
1	أ.د. قاسم سمور	الجامعة الأردنية	إرشاد نفسي
2	أ.د. أسامة بطاينة	جامعة اليرموك	تربية خاصة
3	د .فؤاد الجوالدة	جامعة عمان العربية	تربية خاصة
4	د. بشير ابو حمور	جامعة مؤتة	تربية خاصة
5	د. محمد مهيدات	جامعة اليرموك	تربية خاصة
6	د. أحمد المكاملة	جامعة البلقاء التطبيقية	تربية خاصة

الملحق رقم (4)

الصورة الأولية - مقياس المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM V)

الأستاذ الدكتور:............................ المحترم التخصص: ....

الكلية والجامعة: .... التاريخ:......................

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان **مدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة (DSM V)على الطلبة الملتحقين بمراكز اضطراب طيف التوحد في الأردن.**

وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في التربية الخاصة ولتحقيق هدف الدراسة قام الباحث بتطبيق مقياس للكشف عن مدى انطباق محكّات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (DSM V) على الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد مكوناً من (27) فقرة موزعة على بعدين وهما:

1- قصور دائم في التواصل التفاعل الاجتماعي،

2- أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محددة وتكرارية ونمطية.

وتتم الإجابة على فقرات المقياس ب (نعم) أو (لا).

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة في الميدان، أرجو التكرم بقراءة الفقرات وإبداء رأيكم فيها من حيث: مدى انتماءها مع المجال الذي توجد فيه ومدى سلامة الصياغة اللغوية وأي ملاحظات أخرى ترونها مناسبة.

واقبلوا فائق الاحترام والتقدير

الباحث

محمد البدا رنة

رقم المجال	الرقم الفقرة في المجال	لفقرات	الانتماء		سلامة الصياغة اللغوية		
			تنتمي	لا تنتمي	سليمة	غير سليمة	التعديل
المجال الأول: قصور دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي							
1		**قصور في التفاعل الاجتماعي- الانفعالي المتبادل**					
	أ-	منحى (نهج) اجتماعي غير عادي					
	ب-	فشل في إنشاء محادثات تبادلية عادية					
	ج-	نقص القدرة على مشاركة الاهتمامات أو المشاعر أو العواطف					
	د-	الفشل في البدء أو المبادرة في التفاعل الاجتماعي أو الاستجابة للمبادرات الاجتماعية.					
2		**قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي**					
	أ-	قصور في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية وغير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي.					
	ب-	قصور في التواصل البصري وتوظيف لغة الجسد.					
	ج-	قصور في فهم واستخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي.					
	د-	قصور كلي في توظيف تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي.					
3		**قصور في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة على استمراريتها وفهم معانيها.**					
	أ-	قصور في تكييف أنماط السلوك لتتناسب مع المواقف الاجتماعية المختلفة.					
	ب-	صعوبات في القدرة على مشاركة اللعب التخيلي.					
	ج-	صعوبات في القدرة على إقامة الصداقات وعدم الاهتمام بالرفاق.					
المجال الثاني: أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية.							
1		**النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية واستخدام الأشياء واللغة.**					
	أ-	الحركات النمطية البسيطة .					
	ب-	صف الألعاب في صفوف					
	ج-	تقليب الأشياء.					
	د-	المصادأة					
	هـ-	العبارات ذات المعاني الخاصة.					

2		الإصرار على الرتابة (التشابه) والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية.					
	أ-	الانزعاج (عدم الراحة، الضيق) الشديد للتغييرات البسيطة.					
	ب-	صعوبات في الانتقال.					
	ج-	أنماط تفكير جامدة،					
	د-	أنماط طقوسية (تكراريه) في تحية الآخرين.					
	ه-	الرغبة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم.					
3		**اهتمامات محدودة ثابتة بصورة عالية وتبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها**					
	أ-	التعلق الزائد القوي أو الانشغال الزائد القوي بأشياء غير عادية.					
	ب-	اهتمامات ضيقة ومحدودة.					
4		**فرط أو انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية لجوانب البيئة الحسية.**					
	أ-	عدم الاكتراث الواضح للألم أو درجة الحرارة.					
	ب-	استجابات متعاكسة لأصوات محددة أو أقمشة محددة.					
	ج-	الإفراط (المبالغة) في شم أو لمس الأشياء.					
	د-	الافتتان البصري بالأضواء أو الحركات					

الملحق رقم (5)

قائمة بأسماء المحكمين للمقياس

الرقم	الاسم والرتبة العلمية	مكان العمل	التخصص
1	أ.د. قاسم سمور	الجامعة الأردنية	إرشاد نفسي
2	أ.د. أسامة بطاينة	جامعة اليرموك	تربية خاصة
3	د. فؤاد الجوالدة	جامعة عمان العربية	تربية خاصة
4	د. رائد الشيخ	الجامعة الاردنية	تربية خاصة
5	د. بشير أبو حمور	جامعة مؤتة	تربية خاصة
6	د. أحمد بني ملحم	جامعة مؤتة	تربية خاصة
7	د. محمد مهيدات	جامعة اليرموك	تربية خاصة
8	د. أحمد المكاملة	جامعة البلقاء التطبيقية	تربية خاصة
9	د. عبد للطيف أبو رمان	جامعة البلقاء التطبيقية	تربية خاصة
10	د. عزيز رحامنة	جامعة البلقاء التطبيقية	تربية خاصة
11	د. سمر المومني	جامعة البلقاء التطبيقية	تربية خاصة

الملحق رقم (6)

مقياس المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM V)

أخي المعلم/ أختي المعلمة .... المحترم/ـة

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بإجراء دراسة لأغراض البحث العلمي بعنوان **مدى انطباق معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الخامسة (DSM V)على الطلبة الملتحقين بمراكز اضطراب طيف التوحد في الأردن.**

وتتألف هذه الاستبانة من (30) فقرة تتطلب منكم التعاون والموضوعية حسب ملاحظاتكم للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، وتتم الإجابة على فقرات المقياس ب (نعم) أو (لا).

علماً بأنني سأحتفظ بسرية تامة اتجاه المعلومات التي تقدمها ولن تستخدم إلا لغايات البحث العلمي.

- **معلومات عن الطفل:**

اسم الطفل: ....

العمر بالسنوات: (   )

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحث

محمد البدارنة

رقم المجال	الرقم الفقرة في المجال	الفقرات	نعم	لا
المجال الأول: قصور دائم في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي				
	1 -	**قصور في التفاعل الاجتماعي – الانفعالي المتبادل**		
	أ -	منحى (نهج) اجتماعي غير عادي مثل (تجنب النظر في اعين الآخرين أو الضحك والبكاء دون سبب واضح أو الجلوس بطريقة غير مناسبة اجتماعياً).		
	ب -	يخفق في إنشاء محادثات تبادلية عادية مثل (لا يتكلم ويبدو كالأصم أو لا يستطيع التعبير عن احتياجاته حتى ولو بالإشارة).		
	ج -	نقص القدرة على مشاركة الاهتمامات أو المشاعر أو العواطف مثل (يظهر ضعف في جذب أو الإشارة إلى المواضيع التي تثير اهتمامه أو عدم الرغبة في التعاون والمنافسة مع الأطفال الآخرين).		
	د -	يخفق في البدء أو المبادرة في التفاعل الاجتماعي مثل (فقدان الرغبة في مشاركة الآخرين الاهتمامات والميل للوحدة أو عدم المبالاة بوجود الناس من حوله).		
	هـ -	يخفق في الاستجابة للمبادرات الاجتماعية مثل (عدم الاهتمام بفرح الآخرين وحزنهم أو عدم المبالاة لوجودهم أو الإصغاء لحديثهم).		
	2 -	**قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الإجتماعي**		
	أ -	قصور في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية وغير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي مثل (غياب كامل في استخدام اللغة المنطوقة مع عدم تعويضه بطرق بديلة للتواصل كالإشارة أو الإيماءات أو التقليد).		
	ب -	قصور في التواصل البصري وتوظيف لغة الجسد مثل (لا يتواصل مع الآخرين اي لا ينظر في عين الشخص المقابل أو لا وجود لتبادل مشترك للإشارات الجسمية أو الابتسامات أو التعابير الوجهية الأخرى).		
	ج -	قصور في فهم التواصل غير اللفظي وضعف في فهم تعابير الوجه واستخدام وفهم الإيماءات مثل (لا يتبع الطفل ما يتم التأشير إليه من قبل الآخرين أو لا يغير الطفل بصره بين ما يتم التأشير إليه والشخص الذي يؤشر أو لا يلوح بيده لقول مع السلامة).		

رقم المجال	الرقم الفقرة في المجال	الفقرات	نعم	لا
	د -	قصور كلي في توظيف تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي مثل(قصور حاد في التواصل البصري مع الآخرين أو في تعبيرات الوجه وإيماءاته في التفاعل الاجتماعي).		
	هـ -	قصور كلي في توظيف التواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي مثل (يظهر عدم وعي للمعاني المرتبطة بالإيماءات أو التعبيرات الموجهة للآخرين أو لا يمكن فهم التواصل معهم أو غير قادر للتعبير عن حاجاته).		
3		**قصور في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة على استمراريتها وفهم معانيها.**		
	أ -	قصور في تكييف أنماط السلوك لتتناسب مع المواقف الاجتماعية المختلفة مثل (لا يهتم بردود أفعال الآخرين تجاه سلوكياته أو لا يستجيب ابدآ لما يطلب منه أو يبدو عليه الخوف والخجل في مواقف عادية).		
	ب -	صعوبات في القدرة على مشاركة اللعب التخيلي مثل (عدم تقليد الآخرين في اللعب أو تمثيل ادوار معينة أثناء لعبة جماعية أو لا يستطيع أن يتظاهر بأنه يشرب من كأس).		
	ج -	صعوبات في القدرة على إقامة الصداقات وعدم الاهتمام بالرفاق مثل (انه لا يبادر إلى التعرف على الآخرين أو لا يسلم عليهم أو يرفض مشاركتهم في النشاطات).		
	د -	غياب الاهتمام بالآخرين وضعف الاهتمام بالرفاق مثل (يتجاهل وجود الناس من حوله أو يميل إلى الجلوس لوحده أو يظهر ضعف في التفاعل معهم).		

المجال الثاني: أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية.				
	1	**النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية واستخدام الأشياء واللغة.**		
	أ -	حركات نمطية تتضمن كلام وحركات ولعب بطريقة شاذة مثل (تكرار نفس الأشياء كالرفرفة باليدين أو يمشي على أصابع قدميه أو يدور حول نفسه أو هز الجسم).		
	ب -	صف الألعاب في صفوف مثل (يفضل صف الأشياء في صفوف والغضب الشديد عندما يحاول شخص أخر أن يغير ترتيب الأشياء).		
	ج -	تقليب الأشياء مثل (أن يقوم بتدوير إطباق أو قطع نقدية لعدة ساعات).		
	د -	المصادأة مثل (يكرر كلمات سمعها في وقت مبكر أو منذ دقيقة).		
	هـ -	العبارات ذات المعاني الخاصة مثل (يستخدم معاني لا يعرف معناها الآخرون فمثلاً وقع طفل بوقت ما وشعر بألم وقالت امه لقد كشطت ركبتك وبعدها يتألم لسبب آخر ويقول كشطت ركبتك وتكون ركبته سليمة).		
	2	**الإصرار على الرتابة (التشابه) والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية.**		
	أ -	الانزعاج (عدم الراحة، الضيق) الشديد للتغييرات البسيطة مثل (يبدي الطفل رد فعل شديد للتغيرات إذا حدث تغيير في البيئة فيكون سلوكه شديد الغضب كالإصرار على الجلوس على نفس المقعد أو ارتداء نفس الملابس).		
	ب -	صعوبات في الانتقال مثل (صعوبة في الانتقال من مرحلة إلى أخرى (الطفولة_المراهقة) أو من نشاط إلى أخر (من نشاط اللعب إلى نشاط الأكل).		
	ج -	أنماط تفكير جامدة مثل (الإصرار على استخدام نفس الأدوات الطعام والشراب أو يجلس على نفس المقعد أو يرفض تناول الأطعمة دون غيرها أو اللعب بنفس اللعبة أو الإصرار على ارتداء نفس الملابس).		
	د -	أنماط طقوسية (تكراريه) للسلوك اللفظي وغير اللفظي مثل (يظهر حركات معينة ومتكررة في لقاء الآخرين أو عدم التوقف عن الحديث إذا تكلم).		
	هـ -	الإصرار على نفس السلوك أو تناول نفس الطعام مثل (يفضل السير بجانب أشياء وأدوات يعرفها في كل مرة يتحرك فيها).		
	3	**اهتمامات محدودة ثابتة بصورة عالية وتبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو**		

		نوعية تركيزها		
	أ-	التعلق الزائد القوي أو الانشغال الزائد القوي بأشياء غير عادية مثل (التمسك بالروتين كالإصرار على الجلوس في نفس المكان أو ترتيب الأشياء بنفس الطريقة).		
	ب -	اهتمامات ضيقة ومحدودة مثل (الاهتمام بجزء واحد من اللعبة التركيز على زر قميص أو رباط أو تدوير الأشياء ولفها بشكل مفرط أو ينشغل بخيط أو سلك).		
4		**فرط انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية لجوانب البيئة الحسية.**		
	أ -	عدم الاكتراث الواضح للألم أو درجة الحرارة مثل (عدم الشعور بالألم عند الحقن أو عند الجرح أو ارتداء ملابس خفيفة في ايام البرد أو ملابس سميكة في ايام الحر أو القيام بأعمال تنطوي على الخطورة).		
	ب -	استجابات متعاكسة لأصوات محددة أو أقمشة محددة مثل (يستجيب الطفل بردود فعل متباينة لصوت المعلم فمرة ايجابياً وأخرى سلبياً أو مرة يحب ملابسه وأخرى يكرهها).		
	ج -	الإفراط (المبالغة) في شم أو لمس الأشياء مثل (شم ولمس كل ما يقع تحت يده أو وضع كل المواد في فمه سواء أكانت غذائية أو غير غذائية).		
	د -	الافتتان البصري بالأضواء أو الحركات مثل (النظر طويلاً إلى الضوء أو إلى المرآة أو إلى حركات الأشياء أو التحديق بالفراغ مع تجاهل الناس من حوله).		

APPLICABILITY DEGREE OF AUTISM SPECTRUM DISORDER DIAGNOSTIC CRITERIA OF DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS – THE 5THE EDITION (DSM V) ON CHILDREN ENROLLED IN AUTISM CENTERS IN JORDAN

By

Mohammad Fawaz Hamed Al-Badarneh

Supervisor

Dr. Jamil Smadi, Prof

ABSTRACT

This study aims to investigate the applicability of the diagnostic criteria of autism spectrum disorder in the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM V) on (300) autistic children enrolled in selected autism centers in Jordan.

To achieve the objectives of the study, the researcher applied the scale of the (DSM V) on the children with autism spectrum disorder. The scale consisted of (30) items distributed on two areas. The first area is a chronic impairment in the social communication and interaction. The second area includes behavioral patterns and definite, repetitive and stereotyped interests and activities.

The results showed that the applicability of the diagnostic criteria of the autism spectrum in the diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM V) on the children was low by (36.3%) with total occurrences of (109) children who suffered from the autism spectrum disorder, and (63.7%) of children on whom the two criteria were not applicable with a total of (191) children. The study also statistically showed

that the most common diagnostic criterion among autistic children enrolled in selected autism centers in Jordan is a chronic impairment in the social communication and interaction by (65.7%). However, the second criterion, behavioral patterns and definite, repetitive and stereotyped interests and activities, was low by (45%). The study concluded with recommendations that have to do with problem of the study.

Keywords: autism spectrum disorder, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM V).